الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

التعايش مع السكتة الدماغية

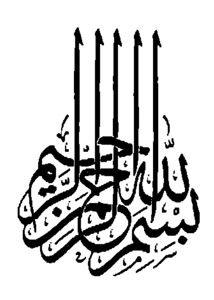
منتدى إقرأ الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com



تأليف الأطباء:
ر. سنليك
ب. روسي ـ ك. دوغرتي

ترجمة:
مركز التعريب والبرمجة
ARABIZATION & SOFTWARE CENTER

التعايــش
مع السكتة الدماغيــة



يضم هذا الكتاب ترجمة الاصل الانكليزي

Living With Stroke

حقوق الترجمة العربية مرخص بها قانونياً من الناشر
© Contemporary Books, 1995
بمقتضى الاتفاق الخطي الموقّع بينه وبين الدار العربية للعلوم

Authorized translation from English Language Edition
Original Copyright © Contemporary Books, 1995

Translation © Arab Scientific Publishers, 1995

التعايش
مع السكتة الدماغية

تاليف الأطباء
ر. سنليك و ب. روشي
وك. دوغرتي

ترجمة
مركز التعريب والبرمجة



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

الطبعة الأولى

1416 هـ ـ 1995 م

جميع الحقوق محفوظة للناشر



الدار العربية للعلوم

Arab Scientific Publishers

بناية الريم ـ شارع ساقية الجنزير ـ عين التينة
هاتف 861311 - 860138 - 811385
ص ب 13/5574 بيروت ـ لبنان
هاتف وفاكس دولي 4782486 (212) 001

المحتويات

الجزء الأول

العاصفة المحتشدة: التهيؤ للإصابة بالسكتة الدماغية

الجزء الثاني

السكتة الدماغية



المقدمة:

هل يمكن أن تحصل لي السكتة الدماغيّة؟

يمكن أن تكون السكتة الدماغية أسوأ كابوس نشاهده في حياتنا، إذ تزيد مخاوفنا كثيراً إلى درجة تجعلنا ننفي إمكانية حدوثها ونعتبرها مستحيلة الحدوث وبالتالي نُعرض عنها وندير رؤوسنا في الاتجاه الآخر.

وربما نصلّي نحن حتى لا تحصل لنا السكتة الدماغية أو على الأقل نأمل بمعالجتها بعد إصابتها المحبوب وتغييره تغييراً دائماً.

وبغض النظر عن مشاعرنا وعواطفنا أو غضبنا وآلامنا أو يأسنا وقلقنا، فعندما تضرب السكتة الدماغية عضواً من أعضاء العائلة تكون هناك نتيجة واحدة مؤكدة وهي أن حياة تلك العائلة لن تعود كما كانت من قبل.

ونقدم إليك بعض الاحصاءات التي تساهم في إيقاظ الوعي بأهمية السكتة الدماغية:

* تحصل السكتات الدماغية أكثر مما نظن ورغم أنها مرض شائع بين المسنين فإن الأطفال والشبان البالغين لا يملكون مناعة ضدها.
* تأتي السكتة الدماغية في المرتبة الثالثة بين مسببات الموت اليوم وفي المرتبة الأولى من مسببات العجز عند البالغين.
* يموت الكثيرون سنوياً بسبب السكتة الدماغية وتعاني نسبة كبيرة من الذين يصابون بها وينجون من آثارها اللاحقة.
* تصاب نسبة غير ضئيلة من العائلات في كل مجتمع بالسكتة الدماغية.

لكن توجد أخبار مطمئنة للمصابين هي أنه يمكن للمصابين بها والذين

نجوا منها من خلال العناية الملائمة وإعادة التأهيل تحت الوصاية الطبية أن يعودوا إلى منازلهم ويمارسوا حياتهم كالمعتاد.

وهكذا نأمل أن نُظهر من خلال هذا الكتاب أنه توجد حياة بعد الإصابة بالسكتة الدماغية.

قصة امرأة

«كان عندي متجرٌ لبيع الألبسة النسائية وحالات البيع كانت دائماً جيدة حيث ركّزت على بيع الأزياء التقليدية وأزياء الموضة التي يمكن للشابات ارتداءها بسهولة فضلاً عن الأزياء الرسمية، الفساتين، البدلات، المعاطف واللوازم الإضافية للثياب والأحذية. وكانت نتائج ممارستي الجيدة للتجارة، أيضاً جيدة، وكنت أحب عملي. وعندما حصل الطلاق مع زوجي انهمكت أكثر في العمل ويمكنكم أن تسموني اليوم جدّة عاملة.

بعد ظهيرة يوم هادئة كنت في طرف المتجر الخلفي أفرغ شحنة جديدة من الملابس والفساتين ثم التقطت ثوباً ـ وأذكر أنه كان ثوباً أسودَ مخصصاً لحفلات السهرة ـ وشرعت في وضعه على حمّالة فساتين عندما شعرت فجأة بأن يدي اليسرى توقفت عن الحراك وكان نصف الفستان قد أصبح على الحمّالة التي كنت أمسك بها بيدي اليمنى. وهكذا أسْقَطت الثوب وبدا كما لو أنه طار من يدي ولم أعد أقوى على الحراك، ولم أشعر بشيء أو بأي إحساس بل كان النصف الأيسر من جسدي ثقيلاً وخدراً.

صرخت وكان صوتي عالياً كما لو اني كنت أتكلم من خلال هاتف سيّيء الوصل وشعرت بجفاف في فمي ولم أعد قادرة على تحريك شفتيّ جيداً. فصرخت ثانية رغم أن ذلك بدا مزعجاً لي لكنه كان لا بد من الصراخ وكانت مُساعِدتي في مقدمة المتجر تساعد أحد الزبائن. فهرعت إليَّ لتشاهدني واقفة فوق الثوب الذي سقط على الأرض.

كنت في تلك اللحظة ممسكة بمكتبي بواسطة يدي اليمنى ولو تركته لكنت حتماً قد سقطت على الأرض لأنني لم أعد أملك السيطرة على نفسي.

كان ذلك أغرب شعور خبرته في حياتي لأنني لم أتألم بل شعرت بخَدَر فقط رغم أنني كنت بكامل وعيي وعرفت أن شيئاً ما كان يحصل لي في تلك اللحظة. لكنني لم أخف إلى حد معين على الأقل وكل ما رغبت فيه هو الذهاب إلى المنزل والخلود للنوم لأنني كنت مرهقة كثيراً.

«في لحظة من لحظات ذلك الوعي أدركت أنني قد أصبت بسكتة دماغية».

تُعد هذه «الجدّة العاملة» من المحظوظات لأنها عانت من سكتة دماغية موقتة إذ اعتبرَت تلك المرأة السكتة إنذاراً لها وعملت على تخفيف الضغط في حياتها من خلال توظيف مساعدة أخرى في متجرها. وكذلك لجأت إلى الطبيب لإجراء تقييم شامل لوضعها الصحي وعملت على مراجعته بشكل منتظم وبدأت بتناول أدوية لعلاج ضغط الدم كل يوم دون توقف، وأخيراً شرعت في ممارسة برنامج للتمارين الرياضية. وفي غضون أسبوع عادت تلك المرأة إلى العمل، ولكن بدوام جزئي.

والحقيقة التي نستخلصها من هذه القصة هي أن ليست كل إصابات السكتة الدماغية مرعبة ومروعة ويمكن أن تكون لها كما في هذه القصة خاتمة سعيدة. لكنه لا بد من استشعار الإنذار في وقت مبكر لأن السكتة الدماغية ليست شيئاً من القدر أو مجرد ضربة رهيبة من سوء الحظ. ورغم أن اسم السكتة يوحي بالسرعة لكن السكتة الدماغية لا تحصل هكذا بل هي ذروة قصة تتراكم على مدى وقت طويل بحيث تعمل خلف الستار بثبات. وهكذا لا يمكن للسكتة الدماغية أن تحصل نتيجة حادث فجائي.

تعريف السكتة الدماغية وعناصرها

يُعرِّف الأطباء السكتة الدماغية بأنها خلل مفاجىء في تدفق الدم إلى جزء من الدماغ يساهم بدوره في إحداث خلل في مهام الجسد التي يقوم بها ذلك الجزء من الدماغ ويسيطر عليها.

هذا كل شيء، لكن ذلك الخلل المفاجىء، وتحديداً تلك الإعاقة في الدورة الدموية، تستغرق سنوات قبل أن تحصل ويمكن أن تكون نتيجة انسداد أوعية دموية في الدماغ أو على الأقل حصول تخثر للدم فيها أو تحصل نتيجة تراكم ترسبات من الدهن والكوليسترول (مادة دهنية في الدم) يترجم نفسه في تصلب للشرايين: atherosclerosis.

يمكن أن يحصل ذلك الخلل أو تلك الإعاقة الدموية بفعل جلطة دموية تصل إلى الدماغ من جزء آخر من الجسد وهذه الجلطة يمكن أن تستقر في الأوعية الدموية وتعمل كسدّ يوقف تدفق الدم من الوصول إلى الخلايا «الجائعة» التي تطلب دفقاً متواصلاً من الدم.

ويمكن في حالات نادرة أن تنتج السكتة الدماغية من ضعف في جدران الأوعية الدموية الذي هو بدورة نتيجة تسارع أو ارتفاع في ضغط الدم يخرج عن السيطرة أو يكون موجوداً بالولادة. ويمكن أن يسبب ذلك الضعف إنفجاراً في الجدار الضعيف لذلك الوعاء الدموي وعندها يحصل نزيف ويتسرب الدم إلى خارج الأوعية الدموية في الدماغ.

وبغض النظر عن طبيعة الخلل والإعاقة فإن النتيجة النهائية وهي أن تلك المساحة التي تلي الوعاء الدموي المسدود أو المتخثر وتلي مكان وجود الجلطة أو مكان إنفجار جدار الوعاء الدموي وحصول النزيف لا تتلقى الدفق الدموي الذي تحتاج إليه. وتبدأ تلك المساحة بالجفاف تماماً مثل الأرض التي لا تُروى بفعل الجفاف، وتموت خلايا الدماغ التي لا تتلقى الدم بسرعة كبيرة وتموت معها كل المهام التي تقوم بها تلك المساحة من الدماغ. وقد تكون

تلك المهام من نوع محدد مثل الحركة أو البلع أو من النوع الشامل مثل الإدراك الحسي أو الذهني أو أي إحساس آخر.

إجراءات الوقاية من السكتة الدماغية

ليس بإمكانك تغيير ما تولد به أو عليه أو تغيير مورثاتك الجينية ولن يكون بإمكانك في الكثير من الحالات تغيير الضغوطات التي تتعرض لها في حياتك وما يتبع ذلك من ألم وخسارة. لكن يمكنك القيام بأمور معينة لإبعاد السكتة الدماغية عنك وهي:

* قياس ضغط الدم مرتين يومياً على الأقل وتناول الدواء الخاص بذلك بانتظام مطلق إذا كان ضرورياً.
* مراقبة وزن الجسد وضبطه وتناول الطعام بشكل معقول وممارسة التمارين الرياضية بالشكل الملائم للمحافظة على صحة القلب الأمر الذي يساهم بدوره في منع تراكم الكوليسترول أو المادة الدهنية في الدم.
* الخضوع لفحوصات طبية منتظمة لضبط السكتة قبل حصولها حيث يمكن للطبيب أن يبلغك إذا كان ضغط دمك مرتفعاً وكذلك مستوى السكر والكوليسترول في دمك.

بالإضافة إلى ذلك يمكن للطبيب أن يساعدك على التعرف إلى أهم إشارات الإنذار بحصول السكتة وهي ما يعرف بنوبات احتباس الدم الموضعي الموقتة transient ischemic attacks تماماً كما حصل في قصة المرأة التي سردناها سابقاً. وهذه النوبات يمكن أن تنقذ حياتك من حيث أنها تعطيك إنذاراً باحتمال حصول السكتة الدماغية. عوارض هذه النوبات هي: ضبابية فجائية في النظر أو البصر، شعور بالخَدَر أو الضعف وصعوبة في الكلام يمكن أن تدوم أقل من 24 ساعة وكل هذه العوارض تكون إشارة بحدوث خطأ ما وأنه قد حان الوقت للعناية بالصحة. وفي الحقيقة إذا خَبرت أياً من تلك العوارض الموقتة يجب أن تتصل فوراً بالطبيب لمنع حصول السكتة.

لكن هذه العوارض تختلف عن عوارض السكتة الدماغية التي تسبب ضعفاً أو عجزاً، وتحتاج هذه الأخيرة إلى إعادة تأهيل صحي تساعد المصاب على استعادة استقلاليته وتبعد عنه الاكتئاب والجمود واليأس وتعطيه الأمل.

حيثيات الإصابة بالسكتة الدماغية

أنا أملك خبرة كبيرة في معالجة السكتات الدماغية وقد شاهدت النتائج المنهكة لتلك السكتات التي تسبب العجز أو على الأقل الضعف والوهن الناتج منها لكنني شاهدت أيضاً إمكانيات أو حالات شفاء ناجح وصحي من السكتة الدماغية. لقد شاهدت عائلات بأكملها تنهار بفعل إصابة أحد أفرادها بالسكتة الدماغية لكن العديد من تلك العائلات عادت في النهاية للعيش معاً بسعادة.

وكمدير لمستشفى خاص بإعادة التأهيل لعلاج المرضى بالسكتة الدماغية خبرت مباشرة نتائج إعادة التأهيل الناجح تطبيقياً وواقعياً.

لكنه قد يكون من الصعب تصوير الأمل بالعلاج الممكن والشفاء للأشخاص الذين يصابون للمرة الأولى بقساوة السكتة الدماغية ولأولئك الذين يعيشون معها ويشاهدون التغير فيهم نتيجة تلك السكتة. وهكذا يساعدك هذا الكتاب على تحديد إمكانية وجود ذلك الأمل ويساعدك على التعامل مع نتائج السكتة الدماغية.

قراءة مصادر فصول هذا الكتاب

الجزء الأول من الكتاب مخصص لفهم طبيعة المرض حيث أناقش بعمق طبيعة السكتة الدماغية وأنواعها المختلفة ومسبباتها وعوامل مخاطر الإصابة بها. وآمل أن يساعدك هذا الجزء على منع السكتة الدماغية من الحصول أو على الأقل العمل على منع تكرار حدوثها.

أما **الجزء الثاني** من الكتاب فيحدد عوارض نوبة السكتة الدماغية، وسوف تكتشف من خلالها الأدوات التشخيصية التي تستعمل لتحديد خطة العلاج.

ويشمل **الجزء الثالث** من الكتاب برنامجاً لإعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية وهو مكوّن من سلسلة علاجات جسدية وسلوكية وذهنية مؤثرة وفعّالة تساعد المصاب على استعادة حياته الطبيعية سواء من حيث تحريك الجسد والمشي أو من حيث التفكير أو من حيث العمل بأساليب واضحة وملائمة.

وهنا أيضاً يكتشف القارىء الأدوية التي تُوصف في إطار الوقاية وإعادة التأهيل على السواء ويتعلم ما يمكن توقعه من علاج إعادة التأهيل سواء في مراكز خاصّة أو في المنزل ودرجة المساعدة الحقيقية التي يمكنه أن يتوقعها في هذا الإطار.

أخيراً يأتي **الجزء الرابع** والأهم حيث يتعلم القارىء شيئاً عن دوره في مساعدة الشخص المحبوب المصاب بغية الشفاء ويتعلم كيفية التعامل مع المشاعر والعواطف الناتجة من حالة الإصابة بالسكتة الدماغية. وكما نعرف لا تصيب السكتة الدماغية شخصاً واحداً بل تؤثر في العائلة كلّها. وهكذا فإن هذا الجزء الأخير من الكتاب يركّز على المصاب وعلى بقية عائلته وعلى أي شخص يمكن أن يساعده من خلال قراءة الكتاب بحيث يحدد المشاكل المختلفة التي يمكن أن تبرز لدى عودة المريض إلى المنزل.

وتشمل تلك المشاكل عدم التجاوب مع وسائل العلاج وعدم التجاوب العاطفي مع الشريك والآخرين والغضب والكآبة وأمور العيش بشكل عام وضرورة مساعدة المريض في أموره الحياتية البسيطة مثل ارتداء الملابس وغيرها وصولاً إلى جعل المنزل خالياً من الضغوطات قدر الإمكان.

وسيجد القارىء خلال قراءته لكلمات الكتاب الإلهام والبصيرة بل البصائر والأبحاث والأفكار والحقائق التي تساعده على المضي في الحياة والبقاء قوياً.

الكتاب هو أيضاً دليل لعائلة المصاب

دعم العائلة ومساندتها للمصاب أمر مهم جداً ولقد وجدت أن نظاماً جيداً من الدعم والمساندة للمريض سواء كان من الشريك أو أي فردٍ من أفراد العائلة أو حتى صديق هو حيوي جداً لحصول الشفاء من السكتة الدماغية.

فالصحة الجيدة خصوصاً في حالة السكتة الدماغية لا تُمنى بالانعزال عن الحياة حيث توجد حياة بعد الإصابة بالسكتة ولا بد من يد مساعدة لتحقيق تلك الحياة.

الجزء الأول:

العاصفة المحتشدة: التهيؤ للإصابة بالسكتة الدماغية

الفصل الأول:

القلب والروح:
فهم الصلة والعلاقة بين القلب والدماغ

«لم أُعِر جسدي الكثير من الاهتمام لأنه كان يقوم بما هو مطلوب منه. . حتى أصبت بالسكتة الدماغية»

مصاب بالسكتة الدماغية عمره 62 سنة.

تصيب السكتة الدماغية الأشخاص بطرق مختلفة، ففي بعض الأحيان يعاني المصاب من خدر أو إحساس بوخز خفيف أو عدم القدرة على الكلام أو دوخة مفاجئة كما يظهر من الأمثلة التالية:

* كان الوقت مبكِّراً وكانت بقية العائلة تغط في النوم. استيقظ محمود وذهب إلى غرفة الحمام ووقف أمام المرآة ثم لمس لحيته بيده ونظر إلى وجهه في المرآة. فتح محمود علبة التزيين وأخرج منها آلة الحلاقة لكنه ودون سابق إنذار أسقط الآلة على الأرض. ولم يتمكن محمود من تحريك يده اليمنى ولم يتمكن من الانحناء لالتقاط آلة الحلاقة عن الأرض ثم بدأ يصرخ لكن صوته أيضاً كان قد اختفى.
* لقد عانت ليلى من كابوس رهيب: فالسماء كانت مظلمة ومليئة بغيوم صغيرة ثم حاولت ليلى المشي قليلاً في الخارج لكن الهواء البارد منعها وأحست بالاختناق. فتحت ليلى عينيها واستيقظت من الكابوس لكنه لم يغادرها فهي لم تتمكن من مشاهدة شيء ولم يكن بإمكانها أن تتكلم أيضاً. .
* كان أحمد يتسلق السلم عندما أصابه الألم الذي لم يدم أكثر من لحظة واحدة وكان مثل وميض الضوء وعبارة عن صداع حاد ووخز خفيف في أصابع يديه.

وللحظة من الزمن لم يتمكن أحمد من التنفس أو البلع ثم اختفى الألم فجأة تماماً كما أتى وترك الألم أحمد مهتزاً وخائفاً قليلاً لكنه كان بالتأكيد على قيد الحياة..

* كانت نجوى تتطلع للقيام بهذه الرحلة منذ سنوات وعندما شاهدت صديقتها القديمة تعانقتا وأجهشتا بالبكاء معاً فقد مضى زمن طويل على لقائهما، ومع ذلك كانت تحس نجوى بالخوف وترتجف فلم يكن بإمكانها مشاهدة الأشياء جيداً حتى تحت ضوء المصباح. وأحست نجوى بالارتباك ولم تدرك تماماً المكان المحيط بها وشعرت بخدر في ذراعها اليسرى وألم في عنقها وبدأت تشعر بصداع.

لقد خضع هؤلاء الأشخاص الأربعة في كل حالة لعوارض الإصابة بالسكتة الدماغية وكان بعضهم أسوأ من الآخرين وضربتهم السكتة دون أي إنذار أو أي إحساس ينبئهم بقرب حدوثها. لماذا حصل ما حصل لهؤلاء الأشخاص وفي تلك الأوقات بالذات؟

بهدف فهم لماذا يقع الأشخاص ضحايا السكتة الدماغية يجب أولاً أن نفهم كيفية عمل الجسد ومتى يسوء ذلك العمل وكيف ولماذا. ولهذا لا بد من فهم صلات الجسد وروابطه الحيوية خصوصاً الروابط القائمة بين الدماغ والقلب والدم الذي يتدفق بينهما.

ولأن السكتات الدماغية تحصل تحديداً في الدماغ دعونا نبدأ في قمة الجسد.

عواصف الدماغ

يوجد في الدماغ أكثر مما يمكن للعين أن تراه. وشكله لا يبدو جميلاً بل هو كقطعة إسفنج مستعمَلة لكن المظاهر تكذب وتغش لأن الدماغ مليء بالطاقة ومكوَّن من بلايين الخلايا العصبية التي تسمى خلايا الأعصاب neurons.

وتلك الخلايا العصبية مستقرة في مواطن محددة مسؤولة عن كل شيء نقوم به بدءاً من تناولنا الطعام الذي نحبه. ويمكن لقطعة «الأسفنج» تلك أن تبتلع كمية كبيرة من المعلومات بحيث لا يمكن لأي شيء في العالم حتى أكثر أنواع الحواسيب تعقيداً أن يُقارَن به.

وكما في كل الأمور فإن تنظيم الشؤون وتوزيع أدائها وحفظ سجلاتها هي عناصر مهمة جداً في نجاح الدماغ. ورغم المظهر «السمين» أو «المنتفخ» للدماغ ألا إنه جهاز فاعل وفائق التنظيم ومتصل بكل موظفيه.

طاقم موظفي الدماغ: الجهاز العصبي الطرفي أو المحيطي Peripheral Nervous System (خارج المركز أو المتفرع منه)

تتشابك الشرايين والأوردة والأعصاب وتنتشر كلها بشكل معقّد في كل أنحاء جسدنا. وعندما نلمس طبقاً ساخناً بأصابع أيدينا أو عندما ندوس بأرجلنا مسماراً أو نصطدم بطرف طاولة أو نشرب كأساً مثلجاً أو أي نشاط يتصل بحواسنا، يقوم الجهاز العصبي المحيطي بإرسال تلك الأحاسيس أو المنبهات إلى الدماغ ليتلقى لها جواباً أو تجاوباً. ويتجاوب الدماغ إذا كان عمله طبيعياً مع تلك الأحاسيس ويرسل الرسائل لتعود إلى أطراف الأعصاب بحيث يبلغنا بوجوب تحريك أصابع أيدينا بعيداً عن الطبق الساخن وأن نشعر بالألم الناتج من وخز المسمار في أرجلنا أو من الاصطدام بالطاولة وحرارة الكأس المثلج. وهكذا يكون الجهاز العصبي الطرَفي أو المحيطي مثل جهاز خدمة الرسائل أو مكتب البريد وبالتالي يكون طاقماً من الموظفين مهماً جداً لأي إدارة.

ومن ناحية أخرى لا تعني تلك الأحاسيس شيئاً دون تفسير الدماغ لها بحيث لا نشعر بشيء دون ذلك التفسير أو الفهم. وعندما يسوء عمل أي جزء من دماغنا من خلال حادثة أو إصابة أو سكتة دماغية من الممكن أن نفقد القدرة على تعريف وفهم واستشعار أحاسيسنا التي تصبح بلا معنى.

طاقم الإدارة: الجهاز العصبي المركزي

Central Nervous System

الجهاز العصبي المركزي هو مثل نجمة القطب وهو المكان (مكان الاستقبال) الذي ينتهي فيه الجهاز العصبي المحيطي المنتشر من رؤوس أصابعنا عبر العضلات إليه. وبالتحديد يتكوَّن هذا الجهاز المركزي من الحبل الشوكي spinal cord والدماغ.

بعض الحقائق عن الدماغ:
* يزن الدماغ حوالى 800 غراماً.
* حجم الدماغ يقارب حجم البطيخة الصفراء (الشمام).
* يتكوّن الدماغ من حوالى 100 بليون خلية عصبية.
* وعدد الطرق التي تصل بين خلايا الدماغ أكبر من عدد الذرات في الكون كله.

السكرتاريا: جذع الدماغ أو ساق الدماغ Brain stem

هذه هي أول محطة توقف في «المكتب» ولأن جذع الدماغ يشبه دماغ الإنسان البدائي (قبل 500 مليون سنة) فإنه يسمى بدماغ «الزواحف» الذي يكون كافياً مثلاً للكائنات الزاحفة مثل الأفاعي والسقّايات لكنه بالنسبة إلى البشر يعد بدائياً رغم أهميته. وصعوداً من الحبل الشوكي سوف تجد الأجزاء التالية ضمن أو كامتداد له: جذع الدماغ:

- **النخاع** medulla: وهو المسؤول عن ضغط الدم ومعدل خفقان القلب وحتى التنفس بالشهيق والزفير.
- **جسر المخيخ** pons: وهو نوع من الجسر الذي يصل النخاع بباقي الدماغ ولا يقتصر دوره على هذا بل هو مقر تكوين أو تشكيل تشابكي، هو عبارة عن كتلة من الألياف العصبية المسؤولة عن تناغم العضلات والحركات اللاإرادية ودرجة التيقظ.

- أما **الدماغ المتوسط** midbrain فهو ما يمليه اسمه أي نقطة وسطية بين المساحات العليا الفاعلة في الدماغ والأجزاء البدائية منه. وهنا أيضاً توجد تشكيلات تشابكية أخرى تشمل ضبط عضلات العين وتيقّظها.

مكتب التنسيق: المخيخ Cerebellum

خلف جذع الدماغ تماماً وفوقه قليلاً يستقر المخيخ وهو كتلة من الأنسجة التي تنظم كل حركة نقوم بها، وهو يساعدنا على المحافظة على التوازن ويعدِّل وقفتنا.

وكذلك يعمل المخيخ على التنسيق بين حركات جسدنا والعضلات المسؤولة عن النطق والكلام.

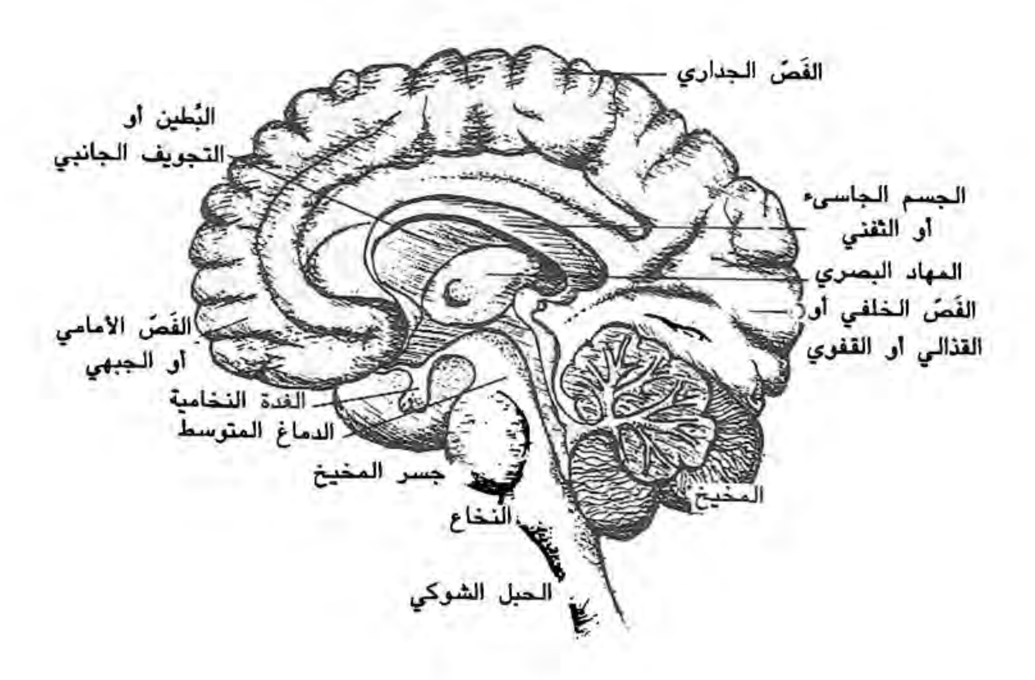
والجزء الذي يعمل مع المخيخ هو ما يُعرف بالعُقَد القاعدية basal ganglia الواقعة في الأجزاء العليا من الدماغ بحيث تساعد على ضبط إيقاع حركاتنا، ومن الواضح أن أي سكتة في أي من هاتين المساحتين من الدماغ تؤثر في توازننا وحركاتنا.

المساعِد التنفيذي: الدماغ البَيْني أو سرير المخ Diencephalon

هذه المنطقة من الدماغ هي البوابة إلى المساحات العليا التي تؤدي المهام الأولية في الدماغ وتقع مباشرة فوق جذع الدماغ وهي موطن لمساحتين رئيسيتين هما بمثابة النائب المساعد:

أولهما المهاد أو السرير البصري thalamus الذي يفرز الرسائل القادمة إلى الدماغ ويقرر ما هي المساحات التي يجب أن تتلقى الرسائل، ويمكنه أيضاً أن يرسل الرسالة ذاتها إلى مساحات عدة من الدماغ في وقت واحد وعلى الفور.

الأجزاء المختلفة من الدماغ



فعندما تدوس مسماراً مثلاً ينطلق الألم إلى جذع الدماغ ويمكن لمخزن الذاكرة أن يُمَس قليلاً فتتذكر عندما كنت ولداً وتلقيت حقنة ضد الكُزاز لأنك دست مسماراً صدىء. وعندها تُنذرك عمليات التفكير في دماغك بأنه ليس من الحذاقة المشي دون حذاء ويقوم المهاد البصري بتبادل الأفكار بين أيام شبابك والشعور بالألم الجسدي والخوف من تلقي حقنة أخرى.

أما ثانيهما فهو **سرير تحت المهاد** hypothalamus أو الوِطاء الذي يبدو قريباً للسرير أو المهاد البصري، ورغم أنه صغير لكن تأثيره كبير ومهامه تشمل: ضبط شهوة الطعام؛ ضبط النزوة الجنسية؛ مشاعر العطش والنوم والإثارة؛ ضبط حرارة الجسد وتنظيمها؛ توازن الهرمونات في الجسد، فضلاً عن دوره في ضبط العواطف والمزاج.

نائب الرئيس التنفيذي: جهاز الدماغ الطرفي (حافة قشرة المخ) Limbic System

الصلة الأهم بين مختلف أجزاء الدماغ هي تلك المرتبطة بالعلاقة بين الفكر والعواطف حيث لا يمكن للألم والغضب والفرح والحماس أن تعني شيئاً دون ما يعرف بعمق التفكير. وهذا الجهاز هو عبارة عن بنيان من الخلايا العصبية المتشابكة التي تقع بين سرير المخ وذلك الجزء من الدماغ الذي يتحكم بالفكر الأمر الذي يمكّننا من الشعور بعواطفنا والتعبير عنها؛ والجهاز الطرفي يمكّنك من أن تستعيد الشعور بالألم الذي خبرته ذات صيف على شاطىء البحر عندما دست مسماراً صدىء وتَذْكر الشعور بالوحدة الذي غمرك في عيادة الطبيب بجدرانها النظيفة وممرضتها حتى أنك ستشعر بالحياء بأنك كررت الخطأ ذاته في حياتك كشخص بالغ وأنك دست مرة أخرى على المسمار لأنك حافي القدمين رغم أنك طلبت للتو من ولدك انتعال حذائه.

الرئيس: المخ Cerebrum

وهنا نأتي في النهاية إلى مساحات المهام العليا في الدماغ التي تميِّز بيننا وبين الحيوانات حيث تكمن أفكارنا وذكرياتنا ومفاهيم إدراكنا وهي مقسَّمة مثل حكومة الرئيس إلى عدة مساحات منفصلة متساوية الأهمية.

تتولى **اللوزة الدماغية** amygdala مع **قُرين آمون** hippocampus الأفكار والذكريات وهما يعطيان المعنى لعواطفنا ويصلان الأفكار والأحاسيس بالماضي وهما مسؤولان عن تدَافع الذاكرة والفكر والمشاعر التي تحصل عندما ندوس كبالغين مسماراً مثلاً أو عندما تحصل أي حادثة مكررة في وقت لاحق في حياتنا.

الغرف المحاذية للرئيس

وجدت الدراسات الجديدة أن الذاكرة ليست مُخزَّنة في مكان واحد، فعندما يتم إدراك أي إحساس يكون قُرَين آمون مسؤولاً عن استعادة الذكريات وتشغيلها من عدة أجزاء مختلفة من الدماغ. وذكرى أي شعور محدد والقدرة على التحرك بطريقة معينة والصلة مع أزمنة أخرى سابقة - كلها تُجمع وتُنقل إلى قُرين آمون عبر الناقلات العصبية في الدماغ. وتقوم اللوزة الدماغية القريبة من قُرين آمون بإعطاء تلك الذكريات تأثيرها العاطفي ومميزاتها وسحرها.

والمخ هو حشد دماغي غليظ ومكتنز ومكوَّن من المادة البيضاء white matter والنسيج السنجابي gray matter اللذان يكوِّنان الدماغ. يغطي المخ غلاف خارجي مكوَّن من طبقات من الخلايا العصبية المكونة من كثير من النسيج السنجابي ويسمى قشرة المخ cortex. والمخ وقشرة المخ يميزان الشخصية الفريدة لذاتنا كأعضاء في الجنس البشري، وهذا الجزء من الدماغ مسؤول أيضاً عن قدرتنا على تحريك ذراعنا أو ساقنا لاستشعار أي إحساسات مختلفة. وباختصار هنا في هذه المساحة من الدماغ يقع المكان الذي يحصل فيه التعلّم والدراسة ومعرفة كيفية المشي وكيفية فهم الأشياء وكيفية الاتصال بالآخرين وهو الذي يجعلنا بشراً وأي سكتة في هذه المساحة تؤثر في قدرتنا على النطق والكلام وفي الذاكرة والشخصية والأحاسيس والقوة الجسدية.

الشبكة البَينية بين مكاتب الدماغ:

نصف الكرة الدماغية الأيسر والأيمن Left and Right Hemispheres

أنظر في المرآة وتخيّل خطّاً يمر عبر منتصف رأسك ليقسمه إلى نصفين متماثلين ونسمي هذين النصفين: النصف الكروي الأيمن والنصف الكروي الأيسر في الدماغ ولكل نصف مهام حقيقية ومختلفة عن الآخر.

والجسم الجاسيء corpus callosum هو جسر غني بالألياف العصبية

يصل بين نصفي الدماغ الكرويين.

والنصف الكروي الأيسر مسؤول عن اللغة والنطق والكلام أو استعمال الكلمات وهو ذلك الجزء من الدماغ العامل في إطار القراءة وإجراء الحسابات والكتابة وسائر أشكال الاتصال بالآخرين وهو مسؤول عن الحركة والأحاسيس في الجزء الأيمن من الجسد.

أما **النصف الكروي الأيمن** فهو يعطي اللغة أشكالها وتعابيرها المختلفة ويضبط ويوجِّه الذاكرة البصرية والقدرات الفنية على الرسم والرقص أو عزف الموسيقى وهو مسؤول أيضاً عن قدرتنا على مشاهدة الصور الكبيرة والبعيدة فضلاً عن الحركات والأحاسيس في الجزء الأيسر من الجسد. لذا يبدو تقسيم الدماغ إلى مواقع مختلفة مهماً لأن المهم في السكتة الدماغية هو موقع حصولها وهذا أهم من حجم السكتة نفسها.

لكننا نحتاج إلى النصفين الكرويين معاً لإكمال العمل الدماغي، إذ قد تكون قادراً على الكلام إذا كان النصف الكروي الأيسر سليماً في الدماغ لكن النصف الكروي الأيمن هو الذي يعطي الكلام تعبيريته وشكله وعمقه.

وعندما تحصل السكتة الدماغية في نصف كروي واحد يتأثر الجزء المعاكس من الجسد وبمعنى آخر عند إصابة النصف الكروي الأيسر في دماغك قد يَنْشَل أو يضعف الجزء الأيمن من جسدك والعكس يحصل بإصابة النصف الكروي الأيمن.

كذلك توجد عوارض عاطفية مختلفة لإصابة أي من النصفين الكرويين حيث يمكن للسكتة في النصف الكروي الأيسر من الدماغ أن تسبب إكتئاباً حاداً بينما يمكن للسكتة في النصف الكروي الأيمن أن تسبب أو تزيل ذلك الاكتئاب (وسوف أبحث في العوارض المختلفة في فصل لاحق).

المكاتب الفرعية: فصوص الدماغ

وينقسم الدماغ ضمن نصفيه الكرويَيْن إلى أقسام أخرى فكل نصف ينقسم

إلى أربعة فصوص لكل منها برامج ومهام مختلفة ويتأثر كل منها بشكل مختلف عن الآخر وبتأثير مختلف في الشخص عند إصابة كل فص أو أي فص بالسكتة.

فصوص الدماغ



يمكن اعتبار **الفصوص الأمامية** من الدماغ الضابط أو الموظف التنفيذي الرئيسي فيه لأنها تضبط الكثير من حياة الشخص: ردود فعله ودوافعه وتفاعله الاجتماعي ووسائل اتصاله بالآخرين وحركاته الإرادية. ويقع «الشريط الحركي» المسؤول عن كل حركات الجسد في الفصوص الأمامية للدماغ. وهذه الفصوص مسؤولة أيضاً عن مهامنا التنفيذية أي قدرتنا على التخطيط والتنظيم والتركيز الذهني واتخاذ القرارات ووضع الأهداف وحتى قدرتنا على استعادة الذاكرة من مخزنها. وهي تقع كما يقترح اسمها في مقدمة الدماغ وأي سكتة في ذلك الموقع تجعل صاحبها غير قادر على التعبير عما يعنيه أو يفكر به وقد تسبب الاضطراب والهيجان بحيث يصبح الشخص عدوانياً، وكذلك تساهم السكتة في هذا الموقع في «تبسيط» العواطف بحيث لا يعود الشخص قادراً على توليد أفكار أو خطط جديدة وقد يفقد القدرة على تحريك كامل أو جزء من جهة واحدة من جسده.

أما **الفصوص الصدغية** temporal lobes فهي معبد الذاكرة لأنها تحمل ذكرياتنا عن الماضي البعيد والقريب وبالتالي هي صندوق المعرفة والمعلومات

التي تعلمناها. بالإضافة إلى ذلك تؤثر هذه الفصوص في تفكيرنا العاطفي وفي قدرتنا على فهم اللغة والاستمتاع بالموسيقى وتعمل على معالجة الإدراكات الحسّية التي تتدفق على الدماغ بحيث تعطي معنى للعالم المحيط بنا. تقع هذه الفصوص الصدغية تماماً خلف الفصوص الأمامية وتحتها وهي مهمة أيضاً للشخصية وأي سكتة فيها يمكن أن تجعل الإنسان ينسى ما قاله للتو ولا يعود بإمكانه الاستمتاع بالموسيقى التي تصبح مجرد أصوات لا معنى لها.

الفصوص الجدارية parietal lobes «حساسة» جداً، تقع فوق الأذنين تماماً وفي مؤخرة الرأس والدماغ وهي مسؤولة عن حاسة اللمس ضرورية أيضاً للتعلّم الأكاديمي لأنها تساعدنا على فهم ما نقرأه وتصوِّر أماكن وجود الأشياء. والسكتة في هذا الموقع من الدماغ تُضعف قدرة الشخص على التعرف على الأشياء وتمنعه من فهم الكلمات التي يقرأها وتسبب شعوراً بالخدر في جهة واحدة من الجسد بحيث يصبح الشخص المصاب غير قادر على تحديد الأشياء التي يمسكها بيده.

أما **الفصوص القذالية** أو الخلفية فهي توجِّه البصر وتعتبر مصدر طاقة النظر في مؤخرة الرأس، والسكتة هنا يمكن أن تسبب العمى أو فقدان البصر جزئياً بحيث لا يرى المصاب إلا جهة واحدة أمامه ولا يرى الجهة اليمنى أو اليسرى حوله. لكن مواقع المهام الدماغية هي جانب واحد من القصة فقط وكما في كل أمور الحياة فإن الاتصالات هي المفتاح والدليل إذ يجب وجود اتصال بين مختلف مساحات الدماغ والجهاز العصبي المركزي بحيث تتبادل الرسائل بين بعضها البعض لأنه في النهاية لا بد للدماغ من أن يرسل جواباً مُنسّقاً بعد تلقيه المعلومات.

شبكة الاتصالات الدماغية

يتم تبادل الرسائل في الدماغ عبر شبكة من الخلايا العصبية neurons والمحاور العصبية axons وتشمل العملية وجود مُوصِلات كيميائية وكهربائية

electrochemical transmitters تعمل كالتالي:

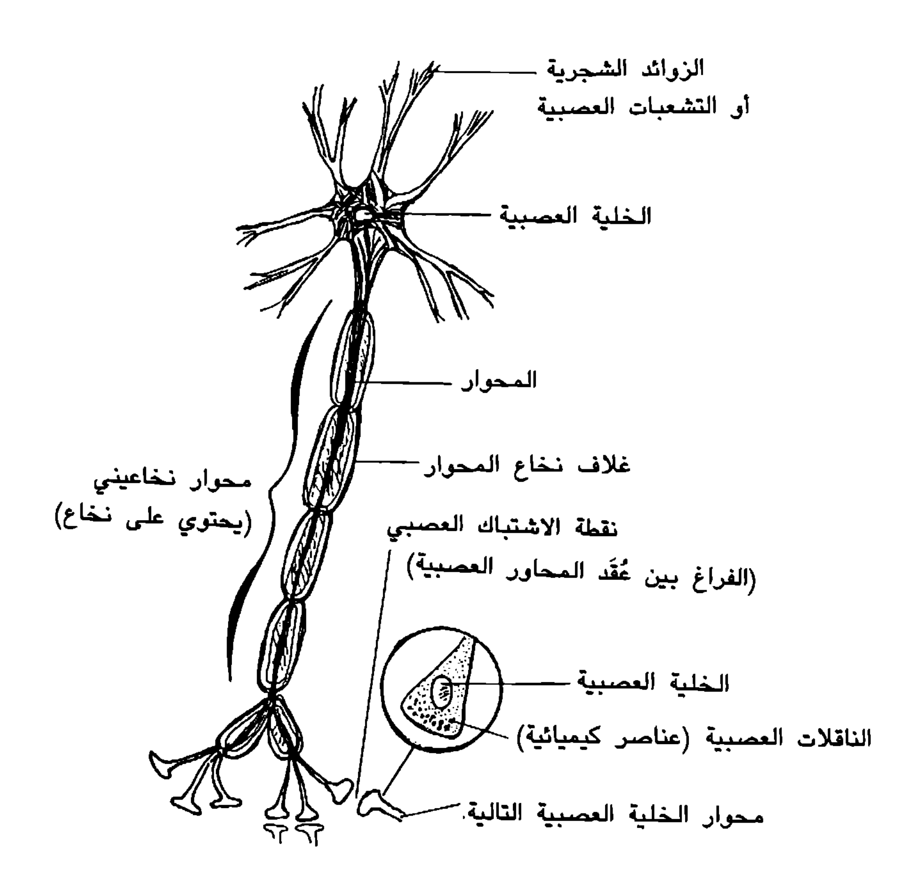
إذا دست مسماراً عندها تتجول حاستك التي تُعبِّر عنها بكلمة «آخ» عبر الخلية العصبية من خلال مجساتها (أو خيوطها) الخارجية التي تسمى الزوائد الشجرية أو التشعبات العصبية dendrites وصولاً إلى قلب الخلية الذي يسمى بَدَن الخلية cell body وتخرج منها عبر ممر يسميه العلماء المحوار العصبي axon.

وكلمة «آخ» تتجول على طول ذلك المحوار العصبي ولكن فجأة يوجد عند طرف ذلك المحوار فراغ يسمى نقطة الاشتباك العصبي synapse بحيث تكون الخلية العصبية التالية منتظرة وصول «الآخ» المشحونة كهربائياً والتي لا تنتقل إلى الخلية الثانية بفعل الشحنة الكهربائية فقط.

لكن الدماغ هو سيد حل المشاكل لأن تلك الشحنة الكهربائية التي تحمل إحساس «آخ» تطلق مادة كيميائية تسمى الناقلة العصبية neuro transmitter، وهذه الناقلة العصبية تَعْبر نقطة الاشتباك العصبي الفراغية إلى نقطة الاستقبال العصبي receptor التي تكون منتظرة وجاهزة للاستقبال على الخلية التالية. وفور وصول «الآخ» إلى نقطة الاستقبال مشحونة كيميائياً بواسطة الموصل أو الناقل الكيميائي تعود لتصبح شحنة كهربائية وشعور «آخ» وتتابع طريقها إلى الدماغ.

تستمر هذه العملية الكهربائية الكيميائية وتتواصل عبر كامل الجهاز العصبي وعبر كل مساحة في الدماغ بسرعة سريعة وقوية بحيث نجد أن الجهاز يعمل بعدد كبير من الرسائل من الدماغ وإليه ويحمل الأوامر منه ويحفظ المعلومات فيه ويعمل على فهم الإدراكات بحيث نجد حصول تبادل لملايين الرسائل كل ساعة.

الشكل: خلية عصبية كاملة مع المحوار العصبي والتشعبات العصبية ونقاط الاشتباك العصبي



والمدهش أكثر هو حقيقة أن الناقلات العصبية الكيميائية تَعرف ما هي الشحنات الكهربائية التي تُطلق عملها، وهي شحنات محددة بحيث تلائم المعادلة الكيميائية للرسالة المطلوب نقلها عبر نقطة الاشتباك العصبي ومن دون تلك المعادلة الصحيحة لا يمكن إطلاق عمل الناقلات العصبية بل تبقى كامنة وساكنة وهادئة.

ويحصل الإطلاق الصحيح عندما يكون عمل الدماغ طبيعياً وعندما يحصل نقل رسائل عصبية محددة، ولكن ولسوء الحظ عندما تحصل السكتة الدماغية يحصل ضرر في بعض نقاط الاشتباك العصبي ولا تمر الرسائل العصبية عبرها. فيمكن مثلاً للسكتة في الفص الصدغي temporal lobe أن تؤثر في نقاط

الاشتباك العصبي في ذلك الفص بالذات، بحيث تمنع استعادة الذاكرة. ونقطة الاشتباك المتضررة في النصف الكروي الأيمن من المخ يمكن أن تمنع الحركة في الجهة اليسرى من الجسد. وبالإضافة إلى ذلك فإن نقاط الاشتباك العصبي المتضررة وما يلي ذلك من ضرر في الخلية أو الخلايا العصبية ذاتها يمكن أن تصنع حالات عدم توازن الأمر الذي يؤثر في مزاج المصاب وعواطفه وفكره.

صحيح أن السكتات الدماغية تحصل في الدماغ لكنها لا تحصل بسحر ساحر أو على الأقل لا تظهر بسحر ساحر لأنها نتيجة تضرر الدورة الدموية في الدماغ وهذا الدم الذي يتم ضخه وتنقيته ونقله من وإلى الدماغ عبر القلب.

القلب النابض

يتغذى الدماغ بمادة الأوكسيجين التي تُستخرج من خلايا الدم الحمراء التي تعرف بالكريات الحمر red corpuscles ويتأمن الدفق المتواصل من هذه المادة عبر الدم بواسطة عمل الضخ السريع للقلب الذي رغم وصف الشعراء والفلاسفة له هو عبارة عن عضلة «جسدية قاسية» تشبه قبضة اليد.

لكن يمكن لهذه «القبضة» أن تضخ (وبالأحرى تبخ) نافورة من الدم الحي إلى ارتفاع ستة أقدام في الهواء (حوالى متر واحد لأن القدم = 25 سنتيمتراً) إذا تم ضغطها وبإمكانك حقاً أن تستشعر تلك النافورة الدموية منطلقة عبر جسدك من خلال قياس معدل نبض قلبك. وكل «نبضة» واحدة تدفع إلى الدورة الدموية حوالى كوب واحد من الدم.

لكن النوعية أهم من الكمية وتحتوي أجسادنا على حوالى 6 ليترات من الدم (12 باينت والباينت = 0,56826 ليتر)، أي ما يعادل 24 كوباً من الدم، ولهذه الأكواب تأثير نفسي وجسدي قوي.

القلب هو ماكينة إعادة «التدوير» أو الدوران المرتجع للدم

في الحقيقة يُعاد استعمال الليترات الستة للدم الذي يضخه القلب مرة تلو الأخرى وهي تتجول ضمن دورة دموية متواصلة ولامتناهية في الجسد وعبره بحيث توصل الأوكسيجين في الدم إلى كل أعضاء الجسد وتأخذ فضلاتها، أي فضلات تلك الأعضاء، في رحلة العودة.

أهمية الأوكسيجين للدماغ

لا يمكن لكامل العمليات الكهروكيميائية في الدماغ أن تعمل من دون أوكسيجين.

لا تحصل تأدية مهام الدماغ في تلك المساحات منه المحرومة من الأوكسيجين.

من دون الأوكسيجين نفقد الوعي في غضون 5 إلى 10 ثوان.

من دون الأوكسيجين يتضرر الدماغ في غضون دقائق.

تسمى هذه العملية الدورة الدموية blood circulation وهي تعمل كالتالي:

1 ـ ينقسم القلب إلى أربع ردهات أو «غرف» chambers هي: الأذَيْن الأيمن right atrium والأذَيْن الأيسر left atrium، والبُطَيْن (التجويف) الأيمن right ventricle والبُطَيْن الأيسر left ventricle ويجري الدم الطازج (المفعم بالأوكسيجين) والآتي من الرئتين إلى الأذَيْن الأيسر في القلب ويتحرك باتجاه البُطَين الأيسر وصولاً إلى دفق الدم أو ممراته في الجسد (أوعية وغيرها).

2 ـ الشريان الأوْرَطي aorta وهو مَلِك كل الشرايين في الجسد حيث ينطلق الدم منه حاملاً الوقود والغذاء إلى الجسد. ويجري الدم عبر ممرات هذا الشريان

التي تُعرف بشرايين القلب arteries الثانوية، ويمكن لجدران تلك الشرايين الفرعية أن تكون مرنة جداً لأنها عبارة عن أنابيب عضلية متفرعة تصبح أصغر فأصغر مع تمددها ضمن القلب لتصبح بسماكة خلية واحدة فقط... ومن ثم امتدادات فرعية...

3 - ويمكن للوقود والأوكسيجين أن يمر عبر هذه الامتدادات الفرعية لتلك الشرايين الثانوية(وتسمى الامتدادات عندها بالأوعية الشَّعرية capillaries أو الشعيرات لأنها تشبهها شكلاً). من ناحية أخرى فإن الخلايا الجائعة في الجسد بدءاً من الجهاز العضلي والدماغ وصولاً إلى الجهاز الهضمي والكبد «تأكل» ما يصلها وتفرز ترسبات من ثاني أوكسيد الكربون عبر جدران خلاياها، وتبدأ بعد ذلك رحلة الدم «المستعمل» أو المستنزف والحامل للفضلات إلى الوطن (القلب مرة ثانية) عبر...

4 -... الأوردة veins، حيث تبطىء سرعة الدم ويكون القلب قد استعمل معظم طاقته لضخ الدم الغني بالأوكسيجين إلى كل أنحاء الجسد ويكون اندفاعه أقل في رحلة العودة. وهكذا فإن الأوردة تملك «جيوباً صغيرة تسمى صمّامات valves تلتقط أي دم «متأخر» لتتأكد من تدفقه باتجاه القلب حيث لا يتجمّع (ملاحظة: تجمع الدم هو غير التخثر الذي يسبب الجلطة) وهذه الأوردة الأنبوبية تصبح أكبر وأكبر حتى تصل إلى...

5 -... الأذَيْن الأيمن في القلب ومع حركة الضخ والانقباض في القلب يُدفع الدم إلى...

6 - ... البُطَيْن الأيمن في القلب، حيث يتابع سيره إلى الرئتين ليتزود بالأوكسيجين وبعده يعاود الدم المشبع بالأوكسيجين رحلته إلى القلب وتبدأ الدورة الدموية من جديد.

دَفع الدم وسَحبه

هناك قوة أعلى رتبة من الدورة الدموية هي ضغط الدم blood pressure الذي يعطي القلب الدّفع أو الاندفاع push الذي يحتاج إليه ليسبب تدفق الدم

وحركته في طريقة إيقاعية متناغمة عبر الشرايين.

وعند قياس ضغط دمك فإن العدد العلوي (في قراءة أو رقم الضغط الذي يكون مكوّناً من عددين علوي وسفلي مثل 13/9) يسمى ضغط الدم الانقباضي systolic pressure وهو يعكس مدى تقلّص أو انقباض القلب لدفع الدم عبر الشرايين وإذا كان العدد العلوي مرتفعاً فهذا يعني أن القلب ينقبض كثيراً في دفعه لتحريك الدم.

أما العدد السفلي في رقم الضغط فهو ضغط الدم الانبساطي diastolic pressure والذي يعكس الضغط الذي تستشعره الشرايين خلال استراحة القلب بين كل نبض وآخر. وإذا كان العدد السفلي مرتفعاً فهذا يعني أن الدم مُجهَد ومُرهَق ويحاول المرور بصعوبة للتدفق بنعومة وبشكل متساو خلال استراحة القلب بين النبض والآخر.

ويمكن أن يتأثر تدفق الدم وبالتالي يتأثر تناغمه وضغطه بالعوامل الوراثية والإصابة بالأمراض والنوبات القلبية السابقة. وكذلك يتأثر بالكوليسترول الذي هو مادة شمعية صملاخية يحملها الدفق الدموي في دورانه. ومع تجمع هذه المادة الصملاخية (شبه دهنية) فإنها تترسب على جدران الشرايين، وفي النهاية تتكاثف هذه الجدران إلى حد يصبح معه مرور الدم في الشرايين صعباً، وفي الحالات المرضية لا يمر على الإطلاق. وإذا حصلت هذه الترسبات على جدران شرايين القلب تؤدي إلى النوبة القلبية أو الذبحة الصدرية heart attack وإذا تجمعت في الدماغ فإنها تؤدي إلى سكتة دماغية stroke.

ولأن ارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم هما عاملان مهمان في حدوث السكتة الدماغية فسوف أناقشهما مع مخاطر أخرى بالتفصيل في الفصل التالي.

غذاء الدماغ

يملك الدماغ «شهية الإنسان الجائع» وهو يحتاج إلى 20 بالمئة من كامل الدفق الدموي (أو الدم) في الجسد ليحصل على الأوكسيجين الذي يحتاج إليه.

والشرايين الأساسية التي يضخ القلب الدم عبرها إلى الدماغ الجائع هي الشرايين السُّباتية carotid arteries والشريانان الأساسيان بينها هما الشريان السُّباتي الأيسر والشريان السُّباتي الأيمن وهما يتفرعان من سلسلة من الشرايين السباتية الأخرى الفرعية في مقدمة العنق إلى داخل الدماغ وهي تصغر شيئاً فشيئاً مع وصولها إلى أماكنها المحددة الأمر الذي يُمكِّن كل مساحات الدماغ بدءاً من المهاد البصري thalamus وصولاً إلى قُرين آمون hippocampus ومن المخ cerebrum وصولاً إلى الفصوص الصدغية temporal lobes من الحصول على زادها من الدم الغني بالأوكسيجين.

لكن للشرايين السُّباتية شريك في هذه العملية لأن الدم يجري إلى الدماغ أيضاً عبر الشرايين الفقارية vertebral arteries التي تصعد عبر العمود الفقري vertebral column في منطقة مؤخرة العنق وصولاً إلى الشرايين القاعدية basilar arteries في جذع الدماغ brain stem والدماغ الوسطي midbrain.

وإذا حصلت السكتة في داخل نظام الشرايين السُّباتية أو ضمن المساحات التي تغذّى بالشرايين الفقارية تكون لها عوارض مختلفة سوف أناقشها بالتفصيل لاحقاً.

وهكذا نكون قد عرفنا ما هي الصلة والروابط بين القلب والدماغ. وقبل أن أنهي هذا الفصل دعونا نراجع كيميائية تلك الصلات.

سوائل الجسد التي تُبقي الحياة فيه

الدَّم، بغض النظر عن شعورنا نحوه بالاشمئزاز مثلاً، هو حامل الحياة بالمعنى الحرفي للكلمة ويمكنك أن تعتبره شاحنة جوّالة وناقلة تحمل الغذاء الضروري إلى خلايانا وهو أكثر مما يبيِّنه لنا لونه الأحمر.

معنى الألم في العنق

الغمود الفقري في العنق معرَّض بشكل خاص لحصول نتوءات عظمية فيه، ويمكن لهذه النتوءات أن تضغط على الشرايين التي تمر عبرها وبالتالي تؤثر في دفق الدم الذي يجري فيها.

ورغم أن هذا العارض ليس خطيراً مثل السكتة في الشرايين السُّباتية لكنه يمكن أن يسبب الدوخة عند المسنين خصوصاً عند ثني رؤوسهم إلى الخلف. ويمكن لأي شخص أن يختبر شعوراً مماثلاً لدى غسل رأسه بالشامبو في صالون الحلاقة لأنه عندما يثني رأسه إلى الخلف باتجاه حوض الاغتسال يشعر ببعض الدوخة أو الدوار الذي يتوقف فور إعادة الرأس إلى وضعه الطبيعي.

وإذا وضعت نقطة صغيرة من الدم تحت المجهر سوف ترى كل الأشياء التالية:

أولاً: البلازما أو مصل الدم plasma وهو السائل الذي يحمل خلايا الدم ويعطيه تماسكه.

ثانياً: خلايا الدم الحمراء red blood cells أو الكريات الحمر corpuscles وهي تحمل الغذاء ضمن الشرايين وتحتوي على الأوكسيجين ومواد مغذِّية أخرى (في شكل كيميائي هو الغلوكوز أو سكّر الدم glucose) يحتاج إليها الجسد لكي يبقى على قيد الحياة. وبعد أن تنهي أعضاء الجسد المختلفة «وجبتها الغذائية» تتجه خلايا الدم الحمراء إلى الأوردة veins حاملة

معها «البقايا» أو الفضلات إلى القلب. إلى جانب ذلك تعطي هذه الخلايا الدم لونه الأحمر.

أما خلايا الدم البيضاء white blood cells أو الكريات البيض فهي بطلة عملية التغذية لأنها توفر الأجسام المضادة الضرورية لمحاربة الالتهابات ولإبعاد المشاكل الصحية الأخرى.

أما لويحات الدم platelets فهي مسؤولة عن تخثره أو درجة «تجلّطه» فعندما تجرح نفسك مثلاً تهرع هذه اللويحات وتبدأ بصنع شبكة «عنكبوتية» هي عبارة عن «شاش» مجهري من الألياف التي توقف جريان الدم.

لكن المشاكل يمكن أن تحصل حتى في أفضل الآلات ولا نستثني هنا آلة الجسد. فرغم أن تخثر الدم (زيادة تماسكه) clotting ضروري لحالات الجروح الخارجية في الجسد، لكنه مع تقدمنا في السن يمكن أن يلعب تخثر الدم دوراً سلبياً داخل الجسد خصوصاً أنه مع تقدمنا في السن يمكن أن تضيق الشرايين وتنمو فيها مساحات صلبة بحيث تتضخم حتى تصل إلى حالة التمزق الأمر الذي يجذب انتباه لويحات الدم. وهنا قد يحصل تخثر غير طبيعي للدم ويكون مخالفاً لما يحصل في حالة التئام الجروح الخارجية لأن لويحات الدم لا تعرف متى يجب إيقاف ذلك التخثر في الجروح «الداخلية»، أي في الشرايين حين تنضم للعمل معها في تلك الحالة خلايا الدم الحمراء ويزداد التخثر ويكبر ويمكن أن يصبح الدم بسبب ذلك كثير الكثافة والسماكة بحيث تنسد مجاري الدم ويُمنع من الجريان عبر الشرايين.

وعندما يحصل هذا التخثر الزائد أو غير الطبيعي في الدماغ حيث يتحول إلى جلطة فإنه يمكن أن يسبب السكتة الدماغية. وسوف أبحث ذلك في الفصل الثالث.

بعض الحقائق عن الدم

* لونه أحمر قرمزي لامع في الشرايين يصبح قرمزياً قاتماً في الأوردة.
* الدم أثقل من الماء بشيء ضئيل فقط.
* وزنه عند الرجال هو أكثر منه عند النساء.
* يؤثر الارتفاع في نوعيته، فالأماكن العالية تزيد كمية خلايا الدم الحمراء المتدفقة في الجسد والأماكن المنخفضة تعدِّل تلك الكمية إلى الأقل.

خلاصة الفصل

دعونا نعود إلى قصة المسمار فإذا دست مسماراً وأنت حافي القدمين ينطلق جسدك في العمل ويبدأ قلبك بضخ الدم بسرعة أكبر بقليل ويندفع الدم إلى قدمك، ويبدأ تخثر الدم في تلك المنطقة لمنع جريانه ويعبر الألم جهازك العصبي وصولاً إلى دماغك الذي يرسل جواباً هو كلمة: «آخ». ويتم أيضاً إرسال رسائل أخرى عبر جهازك العصبي فيكون أحد ردود فعلك رفع قدمك المصابة عن الأرض ويمكن أن تتذكر آخر مرة دست فيها مسماراً وتُصَاحَب تلك الذكرى بالخوف. وقد تحتاج عندها إلى حقنة كزاز، ويمكن أن تشعر بشيء من تأنيب الذات بأنه كان يجب عليك انتعال حذاء.. ألخ.

وتؤثر عواطفك في معدل خفقان قلبك فيتابع دمك تدفقه باتجاه قدمك بشكل خاص وفي الجسد بشكل عام بحيث يمكن أن تشعر بتورُّد في خدّيك.

كل تلك الصلات والتجاوب العاطفي والعقلي والجسدي تحصل في لحظات من الزمن.

هذه هي إذن الصلة بين الثلاثي المتألق المؤلف من الدم والقلب والدماغ وكما رأينا يلعب الثلاثة دوراً رئيسياً في صحتنا وفي حصول أي سكتة محتملة.

وللمزيد من المعلومات فالقلب والدماغ والدم لا يسببوا وحدهم السكتة الدماغية وهنا يأتي دور عوامل المخاطر في تسبب السكتة الدماغية.

الفصل الثاني

دور عوامل المخاطر في تسبب السكتة الدماغية

«لم يكن زوجي مصاباً فقط بارتفاع ضغط الدم ومما زاد الأمور سوءاً أن وزنه كان زائداً وكان يدخن التبغ وكثير الجلوس بعد عودته إلى المنزل من العمل. وعندما أصيب بالسكتة الدماغية فوجىء بذلك لكنني أنا لم أفاجأ».

زوجة مريض بالسكتة الدماغية عمره 68 سنة.

من جهة أخرى لم تكن نجوى حمقاء بل كانت تعرف أن التدخين سيء لها وحاولت الإقلاع عنه مراراً لكن فترة التوقف أو محاولة التوقف عن التدخين عندها لم تتجاوز خمسة أشهر. فكانت نجوى تحس أن هناك شيئاً ما يجبرها على العودة إلى التدخين ـ كالضغوط النفسية وزيادة الوزن والشعور بالملل.

ولم تكن نجوى تمارس التمارين الرياضية رغم انضمامها إلى ناد رياضي بسبب انشغالها بأحداث أخرى. وكانت تكره نمط حياتها ولكن بدلاً من تغييره أكثرت منه «غطست» فيه وتابعت مسيرتها نزولاً عند رغبتها وكانت كلما اغتاظت تزيد من تدخين السجائر وتزيد من تناول الطعام وبذلك دخلت في حلقة مفرغة فكلما زاد تدخينها وتناولها الطعام ازداد غيظها.

ومع ذلك كانت نجوى امرأة ناجحة حيث أنها ربّت ابنتها وحدها بعد وفاة الزوج إثر نوبة قلبية مفاجئة.

وكانت نجوى محاطة بمجموعة واسعة من الأصدقاء حيث تسهر خارج المنزل ليلتي الجمعة والسبت وكانت في الحقيقة تتذمر من عاداتها السيئة

وتسخر من نفسها بسبب تلك العادات ومع ذلك لم تغيرها. ولم تفكر نجوى حقاً أنه يتوجب عليها تغيير عادات عيشها. وكانت تُخضع نفسها لفحوصات طبية سنوية وتشعر أنها في صحة جيدة.

وقبل ثلاثة أسابيع أصبح عمر نجوى خمسين سنة عندما ذهبت للخضوع للفحص الطبي السنوي متوقعة أن تحصل على تقرير عن صحتها الجيدة ومحاضرة من الطبيب عن نمط حياتها غير الصحي. لكن هذه المرة بدا الطبيب جدياً ولم يبتسم كعادته وأبلغها أنها مصابة بالسكّري diabetes وارتفاع في ضغط الدم. ولم يكتفِ الطبيب بوصف الأدوية لها بل نصحها أن تغير نمط حياتها وعيشها فوراً.

وهكذا أصبحت نجوى مرشحة من الدرجة الأولى للإصابة بالسكتة الدماغية.

حقائق عن المخاطر المسببة للسكتة الدماغية

* رغم أن الرجال كانوا في الماضي أكثر تعرضاً للسكتات الدماغية من النساء فإن مخاطر الإصابة بهذه السكتات متساوية اليوم بين الرجال والنساء بسبب تشابه نمط العيش بين الجنسين. ولأن النساء تعشن مدة أطول من الرجال فإن معظم الذين يتجاوزون السكتة الدماغية وينجون منها بعد سن 65 سنة هم من الإناث.
* كذلك ولأسباب غير معروفة تزيد حوادث الإصابة بارتفاع ضغط الدم والسكتات الدماغية عند النساء الأميركيات والإفريقيات منها عند الآسيويات.

لكن مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية لا تعني أنها مؤكداً سوف تسبب السكتة الدماغية بل هي مجرد ما يمليه اسمها أي احتمال كبير، وهنا يكون للقدر دور لأن المخاطر ليست هي وحدها التي تتحكم بمصير الإنسان. وإذا تابعت العيش وفقاً لنمط معين يمكن أن يشكّل الأمر مخاطرة إذا كان ذلك

النمط سيّئاً أو كانت تلك العادات في العيش سيئة ومدمّرة.

وبعض المخاطر أقوى من غيرها وبعضها لا يمكن تغييره رغم أن بعضها مثل التدخين والبدانة يمكن تغييره. ومع تخفيض العناصر المكونة للمخاطر تنخفض المخاطر ذاتها.

وكلما زاد عدد المخاطر التي يتم تجنبها كلما كانت المجموعة الباقية من المخاطر أقل خطراً.

وهناك عناصر مخاطرة عدة للإصابة بالسكتة الدماغية أهمها: الوراثة والسن وهما على عكس المخاطر الأخرى لا يمكن تجنبهما. والكثير من المخاطر الباقية هي في الحقيقة مسألة عادات سيئة تقع ضمن قدرة الشخص على تغييرها.

وهنا تُشكِّل معرفة هذه المخاطر مصدر قوة للإنسان. إذ إن إدراكها والاعتراف بتأثيرها يساعد في تخفيف قوتها. ومن هذه المخاطر:

القاتل الصامت ـ ارتفاع ضغط الدم

ارتفاع ضغط الدم هو أقوى المخاطر المسببة للسكتة الدماغية حيث تبين من خلال أحد الأبحاث أن 40 إلى 70 بالمئة من الأشخاص المصابين بالسكتة الدماغية مصابون أيضاً بارتفاع ضغط الدم وقد أجريت الدراسة على 5000 شخص بين رجل وامرأة على مدى 26 سنة ووجدت أيضاً أن الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم يملكون نسبة احتمال أقوى بالإصابة بالسكتة الدماغية تراوح بين مرتين و4 مرات أكثر من الأشخاص الذين يملكون ضغطاً طبيعياً أو عادياً في دمهم. وأظهرت دراسات أخرى جرت مؤخراً أنه حتى ارتفاع ضغط الدم المعتدل يمكن أن يسبب سكتة دماغية.

ورغم أنه يمكن وراثة ارتفاع ضغط الدم فإن أسباب حصوله تبقى غامضة

في حوالى 95 بالمئة من الحالات.

كيف تعرف إذا كنت مصاباً بارتفاع ضغط الدم؟

إذا كان الرقم المسجل على آلة قياس ضغط الدم أعلى من 40/90 تكون مصاباً بارتفاع ضغط الدم.

العدد السفلي في الرقم (أي 90) الذي يمثل الضغط الانبساطي هو المهم بل الأهم بين الإثنين لأن ارتفاع هذا الضغط هو الأكثر إتصالاً بحدوث السكتة الدماغية.

ومن المألوف عادة أن ضغط الرجال والنساء الانقباضي فوق سن 75 سنة يكون عالياً (العدد العلوي في رقم الضغط).

ورغم أننا لا نعرف الأسباب الحقيقية لارتفاع ضغط الدم لكننا نعرف ماذا يحصل في هذه الحالة، وكما رأينا من قبل يعني تزايد الضغط في الشرايين أن القلب يعمل أقوى وأسرع وأصعب ويعني أيضاً أن الأوعية الدموية الصغيرة تعيق تدفق الدم الأمر الذي يؤدي إلى حدوث ضغط خلفها. ويعني الأمر كذلك أن الأوعية الدموية نفسها تتحمل كمية إضافية من الجهد وأنها تَضْعف إلى حد تصبح معه الإصابة بالسكتة الدماغية ممكنة. وأخيراً يمكن لارتفاع ضغط الدم أن يسرِّع في تصلب الشرايين atherosclerosis ويزيد من مخاطر الإصابة بمرض القلب وكلتا الحالتين تمثلان مخاطر إضافية للإصابة بالسكتة الدماغية.

وما من شك في أن ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يكون مميتاً، وما يجعل الأمور أسوأ هو حقيقة أنه لا توجد عوارض بارزة له فهو صامت كلياً ويحدث تأثيره الهدّام بهدوء مع الزمن حتى يؤدي تفاقم الضغط خلف الشرايين وضعف جدران تلك الشرايين إلى حدوث السكتة الدماغية.

في الماضي لم يعرف الناس أنهم مصابون بارتفاع ضغط الدم قبل حصول أزمة صحية كبيرة كالسكتة الدماغية أو النوبة القلبية. أما اليوم فالبالغون

أكثر حرصاً وذكاء ويعملون على قياس ضغط دمهم بانتظام. ووجدت الدراسات أن العلاج الناجح لارتفاع ضغط الدم hypertension في السنوات الأخيرة قد خفّض من معدل الإصابة بالسكتات الدماغية بنسبة 5 بالمئة.

والأخبار الجيدة الإضافية هي توافر الأدوية الفعّالة لضبط ارتفاع ضغط الدم دون مؤثرات جانبية، ويجب أن تتذكر ضرورة تناول الدواء بانتظام ووفقاً لإرشادات الطبيب وتحت مراقبته، وسبب عدم فعالية علاج ضغط الدم بالأدوية عند المصابين هو أنهم ببساطة يتوقفون عن تناوله بعد فترة.

عامل السّن

يمكن ضبط ارتفاع ضغط الدم والسيطرة عليه لكن بعض المخاطر الأخرى التي يمكن أن تسبب السكتة الدماغية هي خارج نطاق أو قدرة الشخص المصاب والإنسان بشكل عام. أحدهما يمثل إحدى حقائق الحياة وهو التقدم في السِّن.

عوارض ارتفاع ضغط الدم

مرض ارتفاع ضغط الدم يعني ارتفاعاً مطولاً زمنياً ومتواصلاً في ضغط الدم وهو لا يشمل ذلك الارتفاع الموقت والمختصر في ضغط الدم الذي نختبره في حالات رد فعلنا الطبيعي لحالات الإجهاد النفسي أو القلق كانتظارنا الطبيب في غرفة الفحص. ولا يكون ذلك الارتفاع غير طبيعي ولا يكون خطراً بينما يصبح ارتفاع ضغط الدم خطراً مهدداً لحياة المصاب وعنصر مخاطرة فقط عندما يكون ثابتاً ومتواصلاً.

مع تقدمك في السن تصبح شرايينك أكثر قابلية للعطب وأقل مرونة وأكثر قابلية للتصدع ويسمى هذا طبياً بتصلّب الشرايين وكلما ازداد تصدع الشرايين

(بمعنى أنها تصبح أكثر هشاشة) كلما زادت مخاطر حصول تشققها ونزفها الأمر الذي يسبب نزيفاً دموياً داخلياً. وكلما ازداد تصلب الشرايين ازدادت إمكانية إنسدادها وإذا حصل هذا الأمر في الدماغ يُسبِّب السكتة الدماغية.

ولا توجد وسيلة لمنع حدوث تصلّب الشرايين لكن يبدو أن ضبط ضغط الدم وتناول وجبات الغذاء القليلة الكوليسترول وممارسة التمارين الرياضية تساعد في العلاج وفي إبطاء التصلب وتساعد بالتالي على منع حدوث الانسداد في الشرايين وإبقاء الدم جارياً فيها.

مسائل البدانة

البدانة أو السمنة غير مرتبطة بالمظهر الخارجي فقط بل تعمل على:

* إجهاد القلب والشرايين.
* المحافظة على ارتفاع ضغط الدم.
* زيادة مخاطر الإصابة بمرض القلب والسكري ـ وكلاهما يزيدان من مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية.

ويمكن تعريف البدانة بأنها زيادة وزن الإنسان بنسبة 40 بالمئة أكثر من وزنه الطبيعي. لكن «الوزن الطبيعي» مصطلح مضلِّل والقياس ذاته لا يكون دائماً الدليل الأفضل على زيادة الوزن لأن نسيج العضلات يزن أكثر من الدهن في الجسد وكذلك العظام أو الهيكل العظمي. ويمكن للوزن أن يتبدل خصوصاً عند النساء بسبب ظاهرة حفظ الماء في الجسد والإجهاد النفسي.

وهنالك ملاحظة أخرى مهمة للمرأة التي يبلغ طولها حوالى 145 سنتم في سن الخمسين ألاّ تزن الوزن ذاته لفتاة بالطول ذاته في سن العشرين. لأنه مع تقدمنا في السن تتباطأ عملية الأيض (استبدال الخلايا) وتنزع أجسادنا إلى «التكاثف» و«السماكة» بحيث يتطلب الأمر منعاً متواصلاً للأكل في سن الستين للعودة إلى الوزن الذي كان للشخص ذاته في سن 18 سنة.

ويمكنك أن تراجع الطبيب لمعرفة إذا كنت تعتبر بديناً بالنسبة إلى سنك وجسدك ولمعرفة النسبة بين الدهن/ والنسيج العضلي في ذلك الجسد، وسوف يتمكن الطبيب من تحديد عما إذا كنت بحاجة إلى تخفيض وزنك وتحديد كمية ذلك التخفيض. ويمكن للطبيب أيضاً أن يصف لك حِمية غذائية صحيّة وبرنامجاً للتمارين الرياضية.

حقائق واقعية

إحدى حقائق الحياة هي أن ثلثي السكتات الدماغية تحصل عند الرجال والنساء بعد سن 65 سنة.

لكن يمكن إبعاد السكتات بغض النظر عن السن من خلال برنامج من التمارين الرياضية وضبط ضغط الدم بانتظام واتّباع الحمية الغذائية.

ولنمط الحياة الصحي منافع أخرى عديدة: فهو يجعلك تشعر بأنك أصغر سناً وأقوى وأكثر نشاطاً وطاقة.

مشاكل مرض السكري

يبدو من النظرة الأولى وظاهرياً على الأقل أنه لا علاقة لمرض السكري بالسكتة الدماغية لأنه مرض يعيق قدرة الجسد على ضبط مستوى السكر فيه. لكن خلف هذه الحقيقة السطحية أو هذا التعريف السطحي توجد صلة قوية وخطيرة لأن السكري يمكن أن يؤثر في عمل الدورة الدموية وأي ضعف (تباطؤ) في الدورة الدموية يمكن أن يؤثر في الأوعية الدموية خصوصاً في الشعيرات الدموية الصغيرة في العين. وهنا وبسبب الأوعية الدموية الضعيفة والمعاقة يمكن أن يسبب السكري نزيفاً داخلياً أو حتى يسبب العمى. وبشكل مشابه يمكن للنزيف الداخلي في الدماغ والناتج من السكري أن يسبب الشلل والموت، وكذلك يمكن للسكري أن يسرِّع عملية تصلّب الشرايين.

هذه الأسباب وحدها تجعل مرض السكري عامل مخاطرة بالإصابة

بالسكتة الدماغية ولكن لسوء الحظ يوجد المزيد من مخاطر السكري:

* وجدت الدراسات أن الأشخاص المصابين بالسكري يملكون احتمالاً أقوى بالإصابة بارتفاع ضغط الدم أكثر من الأشخاص غير المصابين بنسبة أكثر بمرتين.
* وجدت دراسة أخرى أن 42 بالمئة من الأشخاص المصابين بسكتة دماغية مصابون في الوقت ذاته بمرض السكري.
* وحالة الإصابة بالسكري وارتفاع ضغط الدم في الوقت نفسه شائعة أكثر بين الأميركيين والأفارقة والشعوب المتحدرة من أصل إسباني.
* وجدت دراسات أخرى أن النساء المصابات بالسكري بين سن 65 و69 سنة يملكن احتمالاً أقوى بنسبة 5 مرات بالإصابة بسكتة دماغية مما هي الحال عند النساء غير المصابات بالسكري.
* والمصابون بالسكري أكثر عرضة للبدانة وارتفاع مستوى الكوليسترول في أجسادهم.

وهذه الحالات تشبه حالة التقدم في السن حيث لا يمكننا فعل شيء لمنع السكري الموروث بالوراثة لكنه يمكننا ضبطه بالأدوية والحمية الغذائية والتمارين الرياضية واتّباع نمط حياة صحي.

أظهرت الدراسات أيضاً أنه مقابل كل 800 غراماً تخسرها من وزنك يحصل انخفاض في ضغط الدم بنسبة مليمتر زئبقي واحد في جهاز قياس الضغط.

مستويات الكوليسترول في الدم

غالبية الناس تتحدث عن الكوليسترول وتقوم بقياس مستواه في أجسامها وتبحث عن تصانيف وتسميات ملائمة لكن الكثيرين لا يعرفون ما هو الكوليسترول وما هي صلته بالمرض.

الكوليسترول أساساً هو مادة شمعية ينتجها الجسد وهي مادة طبيعية

وضرورية للكثير من مهامنا، لكن في عالم اليوم يوجد الكثير من الأشياء الجيدة الفائضة عمّا هو ضروري. ولا يُنتَج الكوليسترول في الجسد فقط بل هو متواجد في الكثير من الأطعمة التي نتناولها بدءاً من الستيك والبيض وصولاً إلى المواد التي تضاف إلى الخضار وحتى السَّمن. وكلما زاد استهلاكنا لتلك الأطعمة ازداد تواجد الكوليسترول في الدم.

وكل فائض يثير المشاكل للأسباب التالية:

يُحمل الكوليسترول في مجرى الدم بواسطة البروتينات الشحمية lipoproteins وهي مادة مكوّنة من الدهن والبروتين ينتجها الكبد. والنوع الذي ينفذ معظم العمل هو كوليسترول البروتينات الشحمية المنخفضة الكثافة (LDL) لكن بعد أن يأخذ الجسد حاجته من هذه البروتينات الأخيرة LDL تظل البروتينات المذكورة عائمة في مجرى الدم دون مكان محدد تذهب إليه وفي النهاية تستقر على جدران الشرايين بحيث تسدّها أو تسبب تكوُّن جلطات دموية يمكن أن تنفلت وتتابع سيرها إلى الدماغ. ولهذا تسمى البروتينات الشحمية المنخفضة الكثافة «بالكوليسترول السيىء».

لكن بروتينات LDL هذه لا تدخل وحدها في الدم حيث يوجد أيضاً الكوليسترول الجيد كعامل في الدم وهو عبارة عن البروتينات الشحمية العالية الكثافة (HDL). وهذه البروتينات الشحمية تحمل الكوليسترول في رحلة عودة إلى الكبد للمعالجة والإقصاء بحيث تمتص بروتينات (HDL) الكوليسترول الفائض عن أو الباقي من بروتينات LDL وتبقى الشرايين نظيفة في وجه جريان الدم. وتأتي المخاطرة بارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم من كمية بروتينات LDL الشحمية والمنخفضة الكثافة في الدم ومجرى الدم وتنخفض المخاطر في حال مواجهة هذه البروتينات بكمية مرتفعة مساوية لبروتينات HDL العالية الكثافة.

ويلقى الكوليسترول الدعاية الحاصلة له بسبب علاقته بالنوبة القلبية. وحقاً يُعتبَر الكوليسترول من إحدى مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية حتى وقت

ليس ببعيد. لكن الأبحاث الجديدة أظهرت وجود علاقة بين السكتات الدماغية والنوبات القلبية ومكمن الصلة جزئياً هو الكوليسترول.

وتُعتبر السكتة الدماغية اليوم نسخة «قديمة» عن النوبة القلبية وبكلام آخر لا تعني عدم إصابتك بنوبة قلبية في السنوات التي تحمل مخاطر تلك الإصابة أنك تملك الآن مناعة ضد «لسعة» الكوليسترول. فبدلاً من محاربة جدران شرايين القلب يمكن للكوليسترول أن يسبب الضرر للشرايين في العنق والدماغ إما بشكل تكدس فضلات الدم وانسداد مجراه أو بشكل جلطة متجولة.

وباختصار لا بد من مراقبة مستويات الكوليسترول خصوصاً التناسب بين مستوى كوليسترول البروتينات الشحمية المنخفضة الكثافة LDL والبروتينات الشحمية العالية الكثافة LDL/HDL HDL. وإذا كان المستوى مرتفعاً يبقى هنالك أمل لأن الدراسات أظهرت أنه يمكن تخفيض مستوى الكوليسترول في الدم من خلال حِمية غذائية قليلة الدهون وممارسة التمارين الرياضية بانتظام.

دور مرض القلب في السكتة الدماغية

من المعقول بشكل عام أنه إذا ضعف القلب بفعل عوامل وراثية أو بسبب نوبة قلبية سابقة أن يكون الشخص المصاب أكثر عرضة للمشاكل الصحية ولا بد عندها من ضرورة المحافظة على نمط حياة صحي.

والحقيقة التي لا بد منها هي أن مرض القلب يمثل إحدى المخاطر الرئيسية بالإصابة بالسكتات الدماغية. وقد أظهرت إحدى الدراسات أن 136 شخصاً من بين 200 شخص، أصيبوا بسكتات دماغية كانوا يعانون أيضاً مشاكل في القلب وشذوذاً في عمله. وأظهر مسح وطني شامل أن 65 بالمئة من ضحايا السكتة الدماغية ضمن عيّنة تساوي 1600 شخص كانوا مصابين أيضاً بمرض القلب.

فعندما لا يكون القلب في حالته الصحية الكاملة يضعف ضخّه للدم الأمر

الذي يسبب تناغما غير منتظما في عمله وتباطا الدورة الدموية وفي بعض الحالات يمكن أن تتكون جلطات دموية في القلب تجري لاحقاً في الدم لتصل إلى الدماغ. ويمكن لصمامات القلب نفسها أن تتضرر الأمر الذي يسمح بتكون جلطات دموية خطيرة على أطرافها.

والإصابة السابقة بنوبة قلبية هي جانب واحد فقط من أمراض القلب التي تسبب سكتة دماغية فيمكن مثلاً للشذوذ في خفقان القلب الذي يعرف علمياً بالارتجاف الأذيني atrial fibrillation أن يوجد مخاطرة تؤدي إلى الإصابة بالسكتة الدماغية. وفي هذه الحالة، وبدلاً من حصول خفقان أو نبض قوي وكامل ومستقر، يتحرك الأذين الأيسر مثل حركة الدورة أي بترنح ضعيف الأمر الذي يسمح بتكوّن جلطات دموية داخل ردهات القلب والتي يمكن أن تنفلت وتسد مجاري الدم في الدماغ وبالتالي تحصل السكتة.

كذلك تكون العوامل الوراثية مسؤولة عن عدم انتظام في آلية عمل صمامات القلب الأمر الذي يوجد أيضاً مشاكل في القلب خصوصاً في البطين الأيسر منه وهنا يسبب تثاقل عمل الصمامات غير التامة حصول نبض غير منتظم وبالتالي تكوُّن «برك» من الدم ضارّة بجدار القلب الذي يصبح عمله بطيئاً وربما تصبح جلطة دموية مميتة جاهزة للإنفلات من القلب لتسد أي مجرى للدم في القلب أو الدماغ.

وبالطريقة نفسها التي تقوم بها نوبة قلبية سابقة بزيادة المخاطر عند الشخص المصاب فإن السكتة الدماغية السابقة وإن كانت خفيفة أو معتدلة وانتقالية بمعنى غير دائمة فإنها تجعل الشخص نفسه أكثر عرضة للإصابة بسكتة أخرى.

رغم ذلك لا تبدو الأمور مظلمة لأن الدراسات قد وجدت أن الحمية الغذائية قليلة الدهون والصحية وممارسة التمارين الرياضية الصحية والابتعاد عن التدخين وعن كل بيئة يحصل فيها التدخين يمكن أن تساعد في الوقاية والعلاج. وإذا ما مزجت هذه الأساليب الوقائية بالعلاج الدوائي الذي قد يكون

ضرورياً عندها ينخفض كثيراً عامل المخاطرة بالإصابة بالسكتة الدماغية.

مساوىء التدخين (تدخين التبغ)

يعمل التدخين على:

* التسبب بالضرر على جدران الشرايين على المدى البعيد.
* تضييق مجاري الدم الصغيرة في الدماغ.
* تخفيض كمية الأوكسيجين المنعش في الدم.
* التأثير في الدورة الدموية.

وللتدخين ميزة رئيسية هو أنه الأكثر قابلية للوقاية والمنع بين كل مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية، وهكذا يمكنك أن تتوقف عن التدخين وتصبح المخاطرة أقل.

القول بسيط ولكن تطبيقه كما يعرف المدخّنون صعب، ورغم أن الدراسات قد وجدت أن المدخنين يملكون نسبة مخاطرة بالإصابة بالسكتة الدماغية أقوى بثلاث مرات من غير المدخنين، ورغم أن التدخين يؤثر سلباً في الدورة الدموية وفي تدفق الدم إلى الدماغ، ورغم أن مخاطرة التدخين مرتفعة مع أو دون الأخذ بعين الاعتبار بارتفاع ضغط الدم ومرض القلب والتقدم في السن، ورغم أن التدخين الذي يمارس حتى مع الإصابة بارتفاع ضغط الدم يزيد نسبة المخاطرة بالإصابة بسكتة دماغية عشرين مرة، يتابع الكثير من الناس التدخين.

والتدخين إدمان نفسي وجسدي ومن الصعب إيقافه لكن الكثيرين ينجحون في التوقف عن التدخين لذلك حتى لو لم تنجح في المرة الأولى أو الثانية كرّر المحاولة ويمكن للطبيب أن يساعدك في ذلك من خلال نصائح واقتراحات تطبيقية. وإذا كنت من المدخنين بإمكانك ترك التدخين وذلك أمر يمكن تحقيقه.

أقراص منع الحمل

لقد ساعدت أقراص منع الحمل في تغيير الكثير من أنماط التفكير والسلوك عندنا وأعطت تأثيراً في جيل كامل من الشبان والشابات البالغين.

ولكنه ومع مرور السنين وجدت الدراسات أن لتلك الأقراص مؤثرات جانبية وإحدى تلك المؤثرات هي المخاطرة بالإصابة بالسكتة الدماغية خصوصاً عند النساء فوق سن الثلاثين سنة اللواتي يملكن حالات سابقة من الإصابة بالصداع المزمن المعروف بصداع الشقيقة migraine. واكتشفت إحدى الدراسات الخاصة بالسكتة الدماغية عند النساء الشابات أن النساء اللواتي يستعملن أقراص منع الحمل يملكن نسبة مخاطرة بالإصابة بالسكتة الدماغية تسع مرات أكثر من النساء اللواتي لا يستعملن تلك الأقراص. وهذه المخاطرة تزيد 20 مرة عند النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم. وأظهرت دراسات أخرى غير نهائية وجود صلة بين أقراص منع الحمل وتدخين السجائر بكثرة والإصابة بالسكتة الدماغية. وهنا يكون قرار المرأة صعباً لكن يتوجب على النساء المصابات بصداع الشقيقة migraine وارتفاع ضغط الدم أن يراجعن الطبيب فيما يخصّ مخاطر تناول أقراص منع الحمل.

وهكذا نكون قد وصلنا إلى نهاية قائمة مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية وعناصرها، وكما بإمكانك أن ترى أنّه يمكن تجنّب بعض تلك المخاطر ولا يمكن تجنّب البعض الآخر. لكن الدراسات أظهرت من دون شك في أن حصول السكتة الدماغية قد انخفض في السنوات الأخيرة مع إتمام معالجة حالات ارتفاع ضغط الدم بالأدوية بنجاح.

لكن ذلك لا يعني عدم ضرورة تجنب عوامل المخاطر الأخرى فالحمية الغذائية قليلة الدهون والتمارين الرياضية وتخفيض وزن الجسد والامتناع عن التدخين وربما تناول حبة إسبيرين واحدة في اليوم (وسوف أناقش ذلك بالتفصيل في الجزء الثالث من الكتاب) كلها إجراءات تساعد على تخفيض مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية.

ويمكن لتخفيض جزء واحد من المخاطر أن يؤثر إيجاباً في المخاطر الأخرى لأنه كما رأينا يوجد ترابط بين كثير من الحالات مثل ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم وارتفاع ضغط الدم، ومن ناحية أخرى بين البدانة والسكري ويمكن لعلاج حالة واحدة أن يساعد في علاج الحالات الأخرى.

لكن لا يزال أمامنا الكثير قبل فهم تعقيدات هذه العوامل وكيفية حصول تركيباتها عند الشخص الواحد. والكلمة الأخيرة هي أنه يجب على كل شخص أن يسعى لتخفيض أقصى قدر من تلك المخاطر. فدرهم وقاية خير من قنطار علاج.

والآن تعرف «لماذا» تحصل السكتة الدماغية، ولقد حان الوقت لمعرفة «كيف» تحصل هذه السكتة من خلال أنواع أساسية من السكتات الدماغية.

المخاطر التي يمكن ضبطها
في إطار السكتة الدماغية هي:

* ارتفاع ضغط الدم.
* البدانة.
* التدخين.
* ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم.
* أمراض القلب.
* أقراص منع الحمل.

أما المخاطر التي من الأصعب ضبطها
في إطار السكتة الدماغية فهي:

* التقدم في السن.
* العوامل الاجتماعية.
* العوامل الوراثية.
* عناصر الصحة الشخصية.
* مرض السكري.

الفصل الثالث

أنواع السكتة الدماغية

«لقد حصل الأمر بسرعة فائقة..»

زوج مصاب بالسكتة الدماغية عمره 70 سنة.

كانت منى طفلة وحيدة مقرّبة من أبيها ولم تَمضِ سنوات كثيرة على وفاة والدتها بمرض السرطان.

أما اليوم فهي لا ترى أبيها كل الوقت رغم أنهما يعيشان في منزلين قريبين من بعضهما، فمنى تعمل وتعيش في حي قريب من مكان عمل أبيها ورغم أنه كان في أواخر الستينات من عمره لكنه لم يرغب في التقاعد لأنه كان يحب عمله وينفذه بشكل جيد.

كانت منى ترافق أبيها في كثير من رحلاته ولم يرغب أبوها في الزواج مرة ثانية لأنه أحب زوجته الأولى كثيراً وكان يحب ابنته لأنها منها.

وكان الإثنان ينظمان أمورهما بحيث يلتقيان مرة واحدة كل شهر وفي يوم واحد وفي أحيان أخرى كانا يذهبان معاً للتسوّق أو للتنزه أو يتناولان الطعام معاً في أحد المطاعم.

في يوم من أيام الآحاد كان من المقرر أن تلتقي منى أبيها في أحد المطاعم المفضلة لديهما وقد وصلت قبل دقائق من الموعد بحيث لم تقلق كثيراً من عدم وصول أبيها إلى المطعم.

طلبت منى كوباً من العصير وجلست قرب النافذة وتبادلت الحديث مع

نادل المطعم. انتهت من تناول العصير ولم يكن والدها قد وصل وقد تأخر 15 دقيقة عن موعده رغم أنه كان بحكم العمل منضبطاً في مواعيده وهكذا أصابها القلق.

ازداد قلق منى بعد مرور 45 دقيقة على الموعد المنتظر مع أبيها فاتصلت هاتفياً بمنزله ولم تجده فاتصلت بمكان عمله ولم تجده أيضاً ولم يترك لها أي رسالة.

امتلأ قلب منى بالمخاوف فهرعت إلى منزل أبيها الذي لم يكن بعيداً عن المطعم ووجدت سيارة أبيها في مرآب السيارات وكانت جريدة الصباح لا تزال على عتبة باب المنزل.

فتحت الباب بالمفتاح وصرخت: «أبي» وكانت جاهزة لمعاتبته على ما حلَّ بها من خوف لعدم مجيئه. لكن ما تلقّته كان الصمت وهرعت إلى غرفة النوم وصاحت مرة أخرى: «بابا».

لكن السرير كان فارغاً رغم أنه لم يكن مرتباً بعد النوم. ثم ذهبت منى إلى غرفة الحمام ففوجئت بوالدها ممدداً على السجادة بين السرير وغرفة الحمام ووجهه إلى الأسفل وكان لا يزال مرتدياً ثياب النوم.

لقد توفي والد منى بالسكتة الدماغية بحادث فجائي أصاب أوعية المخ وكان ذلك مفاجئاً لابنته إلى درجة أنها أصيبت بصدمة.

لم يعنِ نوع السكتة الدماغية التي حصلت لوالدها شيئاً لمنى لكن نوع السكتة الدماغية مهم جداً للأطباء والعلماء ومراكز إعادة التأهيل وذلك لإجراء التشخيص الملائم والتكهن بالاحتمالات. وبالنسبة إلى الشخص الذي نحبه وينجو من سكتة دماغية ويصبح معاقاً بعد بقائه على قيد الحياة يُمثِّل نوع تلك السكتة التي أصيب بها فضلاً عن المكان المحدد لحصولها ودرجة حدّتها فرقاً كبيراً في الاحتمالات المستقبلية وبرنامج إعادة التأهيل الناجح.

وهناك أربعة أنواع أساسية من السكتات الدماغية، أكثرها حصولاً وشيوعاً

السكتة الدماغية التجلطية أو الخثارية (الناتجة من جلطة أو خثارة دموية) thrombic والسكتة الدماغية الانسدادية (الناتجة من إنسداد في أحد مجاري الدم) embolic وكلاهما يؤديان إلى النتيجة ذاتها.

الجفاف الأقصى: إنسداد الشرايين الكامل Infarction

ليس الانسداد في أي من مجاري الدم عارضاً سهلاً بل هو حالة خطيرة ومميتة تحصل على شكل سكتة دماغية وهو ببساطة حالة تموت معها خلايا الدماغ وتحصل كالتالي:

1 ـ ينسدّ أحد جدران الشرايين في الدماغ أو العنق.

2 ـ لا يمكن عندها للدم المحمّل بالأوكسيجين الضروري لحياة الخلايا أن يمر عبر مجرى الدم المنسدّ أو المسدود.

3 ـ تموت خلايا الدماغ التي توجد في المساحة التي تلي مجرى الدم المسدود بسبب النقص في الدم والأوكسيجين.

4 ـ وبالتالي تنعدم المهام التي كانت تنفذّها تلك الخلايا.

وبسبب تركيبة الشرايين في الدماغ تعمل المساحة المصابة بـ «الجفاف» على تكوين شكل إسفيني (شق) بحيث تموت مع الوقت.

وكما في كل جوانب السكتة الدماغية يكون المكان الذي تحصل فيه أساسياً في تشخيص أهميتها ونتائجها، لأن درجة الانسداد سواء كبيراً كان أم صغيراً لا تعني شيئاً، بل المهم هو مكان حصول الانسداد وذلك يحدد مصير الشخص المصاب. ويمكن أن يسبب الانسداد البسيط والصغير في مجاري الدم في الدماغ ضرراً كبيراً إذا حدث في مساحة حيوية من ذلك الدماغ. وإذا جفّ النسيج الدماغي brain tissue في المنطقة الداخلية من الدماغ يمكن أن يؤدي ذلك إلى شلل نصفي، أي في نصف واحد من الجسد، وإذا حصل الجفاف في مساحة الفص الصدغي يمكن أن يؤثر في الذاكرة.

لكن الانسداد في حد ذاته هو جزء فقط من القصة، فهناك المسببات الجذرية للتآكل في مجرى الدم والتي تشكل نوعاً من السكتة تسبب «الجفاف».

السكتة التخثرية Thromboic Beat

تسمى هذه الحالة الخَثَر أو التجلّط thrombosis وهي أكثر أشكال السكتة الدماغية حدوثاً، وفي الحقيقة أن 40 بالمئة من كل السكتات الدماغية هي تخثرية في طبيعتها وهنا تحصل إعاقة لجريان الدم في الدماغ إما عميقاً في داخله أو في الشرايين السباتية الخارجية منه في العنق بسبب جلطة تتكوّن في أحد تلك الشرايين. ويكون لمرض تصلّب الشرايين التأثير الأكبر، وتصبح الجدران الداخلية للشرايين أقل مرونة بحيث تؤدي الترسبات الكثيفة من المواد الدهنية إلى تضيُّق مجاري الدم بحيث يصبح مروره فيها بنعومة أكثر صعوبة. وقد تساهم تلك الترسبات في تكوين جلطة دموية حولها مع محاولة الدم لتجاوزها خلال مروره في الشرايين.

وما يثير الاستغراب هو أن تلك الجلطات الدموية تبدأ كإجراء صحي ولكن عندما تبدأ الترسبات الدهنية بالتجمع على جدران الشرايين الهشة يقوم الجسد بإطلاق علامات الإنذار. وكما في أي مرض يدعو وجود تلك الترسبات إلى علاج حيث يَظُن الدم أن تلك الترسبات الدهنية هي نوع من المرض لهذا يتجمع حولها محاولاً منع أي نزيف أو جروح تقرحية. ويحصل هذا عندما تقوم لويحات الدم بإطلاق أليافها الرقيقة التجلطية وتتضامن خلايا الدم الحمراء والبيضاء في هذا العمل وسرعان ما يبدأ التجلط أو التخثر بالنمو ويعمل كشبكة تجذب إليها لويحات الدم وخلاياه الحمراء مع كميات عائمة من الكوليسترول ويمكن أن تحصل جروح وقشور داخلية بحيث يصبح الكوليسترول وتخثّر الدم أكثف أو أكثر كثافة وسماكة. والنتيجة تكون انسداد مجاري الدم بحيث لا يمكن للدم الضروري لبقاء الحياة أن يمر عبرها. وفي النهاية يؤدي ذلك الانسداد إلى السكتة التخثرية.

حقائق عن السكتة الدماغية

* تعدّ السكتة الدماغية المسبب الثالث للوفاة بين كل فئات الأعمار.
* تعدّ السكتة الدماغية المسبب الخامس لوفاة الأشخاص بين سن 35 و65 سنة.
* تعدّ السكتة الدماغية المسبب الثاني لحالات العجز، بحيث لا يعود قسم كبير من المرضى بها قادرين على العمل.
* تصل الكلفة المالية لنفقات علاج السكتة الدماغية بما فيها فقدان العمل والأجر أكثر من مليار دولار في السنة.

وتجنب السكتة الدماغية يكون بوعي أسبابها وتخفيض مخاطرها باتباع نمط حياة صحي.

السكتة الدماغية الانسدادية Embolic Stroke

هذا النوع من السكتات ينتج أيضاً من التخثر أو تكوُّن جلطة دموية لكن الجلطات الانسدادية في هذه الحالة هي كتل من النسيج الجسدي والدم والكوليسترول تنشأ في مكان آخر من الجسد غير الدماغ وتكون عادة في القلب أو الشريان السباتي في العنق وفي نهاية الأمر تصل إلى الدماغ. وعندما يحصل التخثر تفلت قطعة منه في النهاية لتصبح «سدّة» يحملها الدم إلى الدماغ حيث الشرايين أصغر حجماً. وسرعان ما تعلق السدّة بحيث تسد مجرى الدم الذي يليها وببساطة لا يمكن لهذا الدم أن يمر عبر هذه السدَّة.

هذه السكتات الانسدادية أقل حدوثاً من السكتات التخثرية وهي مسؤولة عن 30 بالمئة من حالات الإصابة بالسكتة الدماغية.

أما النوع الثالث من السكتات فهو ليس مرتبطاً بالانسداد الجزئي أو الكامل المسببان لـ «جفاف» المساحات المصابة من الدماغ وهو متصل أكثر بفيض الدم.

جرح النزيف الداخلي

يمثل هذا النوع من السكتات الدماغية حوالى 10 بالمئة فقط من الإصابات، لكن سكتات النزيف الداخلي هي الأكثر عرضة لخطر الموت ورغم ذلك وجدت الدراسات أن أكثر المصابين تجاوباً مع برامج إعادة التأهيل هم الذين يصابون بهذا النوع من السكتات الدماغية.

ويساعد ارتفاع ضغط الدم في حصول سكتات النزيف الداخلي مع حصول تغيرات وضعف في جدران شرايين الدماغ، وفي النهاية يتآكل الشريان الضعيف ويتسرب الدم إلى الدماغ خارج مجاريه المقررة. وفي بعض الأحيان يكون الضعف في الشريان بالولادة، ولسوء الحظ يعمل ارتفاع ضغط الدم على زيادة الضعف في ذلك الشريان إلى حدوده القصوى تماماً كما يحصل مع دولاب السيارة المثقوب، وفي النهاية ينفجر الشريان. وتسمى هذه الحالة طبياً «تمزق» الشرايين أو الأوردة ruptured aneurysm وتؤدي بالتالي إلى حصول سكتة النزيف الداخلي.

فيض الدم

هنالك نوعان من سكتات النزيف الداخلي أحدهما يسمى سكتة النزف تحت العنكبوتي Subarachnoid hemorrhage أو تحت الغشاء العنكبوتي للدماغ والذي يحصل عامة في المساحة المحيطة بذلك الدماغ. وتحصل السكتة عند حصول تمزق الشرايين والأوردة المشوهة أصلاً ولا يسبقها أي إنذار باستثناء الشعور بصداع حاد جداً.

ويسمى النوع الآخر سكتة النزيف الداخلي داخل المخ intracerebral hemorrhage (ICH) وهي تحصل في عمق الدماغ وتتباين عوارضها حسب المهام الدماغية التي تتأثر بها.

فجوات الشرايين

يمكن اعتبار السكتات الدماغية الناتجة من فجوات الشرايين نوعاً من الانسداد البسيط وحجم الفجوة يكون عادة أقل من سنتيمتر واحد مكعّب. وهذه الفجوات وبالتالي السكتات، تحصل في أماكن تفرع الأوعية الدموية الكبيرة إلى أوعية دقيقة أو شعيرات دموية capillaries في عمق الدماغ.

ولكن كما في كل السكتات الدماغية يكون مكان حصول السكتة مهماً بل الأهم. ويمكن للفجوات هذه أن تُحدث تأثيراً قوياً إذا حصلت في مناطق مهمة من الدماغ وهي تؤثر عادة في القدرة على الحركة والإحساس، وفي بعض الأحيان تكون «صامتة» دون عوارض. وفي حال الشعور بخدر مع السكتات الناتجة من فجوات الشرايين تكون السكتة قد حصلت سابقاً مرات عدة دون إدراك الشخص لها. وهذه السكتات الفجوية هي الأكثر حصولاً عند المرضى بالسكري و/أو ارتفاع ضغط الدم وتمثل 20 بالمئة من إجمالي السكتات الدماغية.

هذه هي مختلف أنواع السكتات الدماغية التي تتباين علاماتها وعوارضها حسب موقعها ونوعها وحدتها لكن السكتة الدماغية تبقى سكتة.

وبالإضافة إلى هذه الأنواع الأربعة يوجد نوع آخر مختلف من السكتات الدماغية ويعتبر حقاً نوعاً من الإنذار بالسكتة وهو ليس حادّاً كما في حالات السكتات الأخرى وهو أيضاً حالة يمكن تصحيحها. لذلك فإن اللجوء إلى الطبيب بسرعة لدى حدوث هذه السكتة يمنع حصول السكتة الدماغية الكاملة.

وتسمى هذه السكتة نوبة انتقالية من احتباس الدم، وسوف أبحث هذا النوع في الفصل التالي.

الفصل الرابع

علامات الإنذار بالسكتة الدماغية

«لقد شعرت بخَدَر ولم يكن ذلك شعوراً صحيّاً وأقول بصراحة إنه لولا اتصالي بالطبيب لكان يمكن أن أصاب بسكتة دماغية».

شاب في سن 38 سنة

لا تحصل السكتة الدماغية من لا شيء ويمكن إدراك عوارضها وعلاجها قبل حصولها كاملة إذا عرفت كيف تقرأ علامات الإنذار.

حقائق عن السكتة الدماغية:

1 ـ يملك حوالى 25 إلى 50 بالمئة من ضحايا السكتة الدماغية تاريخاً من الإصابة بنوبات احتباس الدم العابرة transient ischemic attacks التي يمكن أن تسمى بالسكتات الثانوية أو الصغيرة ministrokes.

2 ـ يمكن أن تؤثر هذه السكتات البسيطة وتصيب أشخاصاً في سن 30 و 40 سنة.

3 ـ غالباً ما يهمل المصاب عوارض نوبات احتباس الدم العابرة.

4 ـ يصاب 35 بالمئة من ضحايا نوبات احتباس الدم العابرة بسكتة دماغية كاملة في غضون خمس سنوات على حدوث النوبات إلا في حال علاج العوارض.

5 ـ يدرك 8 بالمئة فقط من المصابين، وهم من الذين يملكون تعليماً كافياً عن السكتات الدماغية حصول أي «نوبة» في الدماغ عند حصولها.

تشير كل هذه الحقائق إلى شيء واحد أساسي: أنه في حال إدراك حصول نوبات احتباس الدم العابرة وعلاجها يمكن منع حصول سكتة دماغية

كاملة. ولكن ولسوء الحظ ليس من السهل تشخيص هذه النوبات وعلى الرغم من أهمية الحصول على مساعدة فورية والسعي لإشراف طبي فوري، فإن معظم ضحايا السكتات الدماغية لا يطلبون المساعدة إلاً في حال استمرار عوارضها أكثر من 13 ساعة.

وهكذا يعود للمصاب اتخاذ الخطوة الأولى لفهم متى يكون الجسد في خطر ولطلب العناية الطبية.

ولهذا الغرض أقدّم درساً مختصراً عن نوبات احتباس الدم العابرة وعلامات الإنذار القوية التي إذا تداركناها يمكن أن توقف المأساة قبل حصولها.

السكتات الدماغية الصغيرة

Ministrokes

رغم أن مصطلح نوبات احتباس الدم العابرة يبدو معقداً لكن مضمونه واضح، فهذه النوبة هي إعاقة موقتة في تدفق الدم إلى الدماغ لا تدوم عادة أكثر من عدة دقائق أو ساعات.

ويمكن أن تنتج نوبة احتباس الدم العابرة من جلطات متجولة كما في حالة السكتة الدماغية الكاملة، ويمكن أن تنتج أيضاً من انسداد في جدران الشرايين أيضاً، كما في حالة السكتة الدماغية الكاملة. وفي الحقيقة أن الفرق الوحيد بين نوبة احتباس الدم العابرة والسكتة الدماغية الكاملة هي أن الأولى تكون موقتة لأن الجلطات أو الترسبات السادة غالباً ما تنحل أو تنفرط.

ولكن قبل اختفاء تلك الجلطات أو الترسبات تظهر العوارض، وكما في السكتات الكاملة تعتمد عوارض نوبات احتباس الدم العابرة على المساحة المصابة في الدماغ حيث حصلت إعاقة الدم. لسوء الحظ ولأن هذه العوارض تختفي في غضون دقائق في بعض الأحيان غالباً ما يتم تجاهلها. بالإضافة إلى

ذلك ولأن العوارض تكون غامضة وغير ثابتة فإنها سرعان ما تُنسى خصوصاً أنه ما من أحد يرغب في تذكّر الألم بعد اختفائه بتلك السرعة.

لكن هنا يكمن خطر هذه النوبات العابرة، فرغم أن عوارضها تختفي لكن آلية العمل التي أوجدتها تبقى كامنة في أجسادنا ويبقى الدم عرضة للمزيد من الكوليسترول الذي يؤثر أيضاً في جدران الشرايين وهكذا يبقى احتمال تكون الجلطات الدموية.

بعض الحالات الطبية التي تعتبر خطأ سكتات دماغية

* الدّوار vertigo.
* التصلب المتعدد Multiple sclerosis.
* ورم الدماغ Brain tumor.
* الاضطرابات النفسية والعقلية Psychiatric disorder.
* الصداع المزمن وصداع الشقيقة Migraine.
* نوبة مرضية Seizures.
* إضطرابات الأذن الداخلية Inner-ear disorder.

ولتكون نوبة احتباس الدم العابرة إنذاراً فعالاً لا بد من حصول تدخل الطبيب لأنه يمكن اتخاذ إجراءات الوقاية في حالات ارتفاع ضغط الدم والسكري أو أي من عوامل المخاطرة الأخرى التي يمكن السيطرة عليها فقط في حال إعلام الطبيب بعوارض النوبة المذكورة، رغم أنها قد تبدو غير مهمة بالنسبة إليك.

وللمساعدة في وعي وإدراك تلك العوارض أعدد تالياً أكثر العوارض المتصلة بحدوث السكتات الدماغية الصغيرة حصولاً وهي:

1 ـ الدوار والدوخة: أكثر عوارض نوبة احتباس الدم العابرة حصولاً. وفي الحقيقة يَختبر 70 بالمئة من ضحايا هذه النوبات الدوار والدوخة. لكن هذه الدوخة يجب أن تُمزج بعوارض أخرى لتشير إلى حصول النوبة، فمثلاً

لا يمكن اعتبار الدوار غير المرفق بخدر أو إنهاك علامة على وجود نوبة احتباس الدم العابرة.

والإنهاك الموقت أو الشعور بالضعف والشعور بالخدر أو أي شلل في اليدين أو الذراعين أو الساقين أو الوجه أو أي جهة كاملة من الجسد هي العلامات «الحمراء» بوجود العوارض. وهذه العوارض أو العلامات ليست فقط الأكثر حدوثاً بين صفات نوبة احتباس الدم العابرة، ولكن يمكنها إذا ما أبلغ حدوثها إلى الطبيب أن تنقذ حياتك. ولاحظ هنا أن الخدر المميز لهذه النوبة ليس مماثلاً للشعور الذي تختبره عند تنميل القدم أو اليد على سبيل المثال.

ولا بد من اختبار الشعور بالضعف أو الإنهاك الموقت لمدة تتراوح على الأقل ما بين خمس دقائق وعشرين دقيقة بشكل متواصل غير منقطع ليعتبر عارضاً للنوبة.

2 ـ **الصداع**: يجب أن يكون هذا الصداع قوياً ومفاجئاً وغير عادياً، فلا يمكن اعتبار الصداع العادي أو صداع الشقيقة المتواصل عارضاً من عوارض نوبة احتباس الدم العابرة.

3 ـ **ضبابية أو ازدواجية فجائية في البصر في إحدى العينين أو كلاهما ولمدة تدوم أكثر من عدة ثوان**: فعندما تصاب بفقدان القدرة على البصر الصحيح لمدة تصل إلى 15 دقيقة ويكون ذلك مقروناً بعودة سريعة إلى البصر الطبيعي يجب أن تقلق من حدوث نوبة. والحالة الاستثنائية لذلك هي الأشخاص المصابين بصداع الشقيقة migraine والذين غالباً ما يختبرون حالات من فقدان البصر.

4 ـ **إنخفاض القدرة على السمع أو فقدانه لمدة تدوم أكثر من عدة ثوان**: ويمكن أن يمتزج هذا الصمم برنين في الأذنين وشعور بالغثيان والدوخة أو الدوار.

5 ـ **صعوبة في البلع**: والتعبير الطبي لهذه الحالة هو عسر البلع

dysphagia وهو من المهام الأولية في الجسد، بحيث أن جزءاً كبيراً من برنامج إعادة التأهيل في السكتة الدماغية الكاملة يتركز على معالجته. لكن حالة عسر البلع في نوبات احتباس الدم العابرة تدوم فقط دقائق أو ساعات عدة.

العجز العصبي الاحتباسي RIND

رغم أن التعبير ينطبق على قشر أو لحاء البرتقال والحمضيات لكن الكلمة تعني في إطار السكتات الدماغية اختصاراً لكلمة عجز عصبي احتباسي عابر ويمكن تصحيحه: Reversible Ischemic Neurologic Deficit وهذه الحالة تدوم أكثر من نوبة احتباس الدم العابرة وأقل من السكتة الدماغية الكاملة وتدوم بالتحديد أكثر من 24 ساعة ولكن أقل من أسبوعين. ويعود الجسد إلى حالته الطبيعية كلياً بعد تلك المدة. وعوارض هذا العجز مشابهه تماماً لعوارض أي سكتة دماغية أخرى، والفارق الوحيد هو مدة استمرار العوارض.

ضرورة التشخيص الصحيح للعوارض

يمكن فقط للشخص المصاب وحده أن يبلغ الطبيب بوجود العوارض ووصفها بالشكل الصحيح لكن لا بد للطبيب من أن يسأل المصاب الأسئلة الصحيحة للمساعدة في اكتشاف العوارض التي تشير إلى وجود نوبات احتباس الدم العابرة والعوارض التي تشير إلى حالات أخرى مغايرة. وهنا تكون القدرات التشخيصية الجيدة للطبيب ضرورية ومهمة، فليس من المهم أن تعرف فقط أن يدك خدرة بقدر تحديد مدة ذلك الخدر، وليس أساسياً أن تعرف فقط أنك مصاب بصداع قوي بقدر معرفة أنك لم تختبر عادة ذلك الصداع من قبل ولمرات كثيرة. والطبيب الماهر الذي يملك الخبرة والمؤهلات الكافية يعرف كيفية التشخيص بالشكل الملائم ويعرف الأسئلة التي يجب توجيهها للمريض.

6 ـ صعوبات النطق والكلام: وتشمل تعثّراً حقيقياً في الكلام وفي فهم الكلمات المسموعة (الحبسة aphasia) وفي فهم الكلمات المقروءة (اللاقرائية أو تمتمة المكتوبات alexia). كذلك يشيع حدوث الكلام المتثاقل (عسر التلفظ dysarthria) في حالات السكتة الدماغية ونوبة احتباس الدم العابرة.

7 ـ هفوات موقتة في الذاكرة: ضعف في الحكم على الأمور وتقييمها، وتغيرات فجائية وسريعة في شخصية المصاب. وتنعكس هذه في حالات التململ المفاجىء أو الغضب والانزعاج المفاجئين وحتى عقدة الاضطهاد والارتباك الذهني، وتعد كلها علامات إنذار بحدوث نوبة احتباس الدم العابرة إذا ظهرت واختفت في غضون فترة قصيرة.

8 ـ نقص في القدرة على الربط والتنسيق وارتجاف وتقلقل وعدم القدرة على المشي: وتعرف الحالة طبياً بالرّنح ataxia. ويكون فقدان التوازن هذا معتدلاً ويمكن أن يمتزج بالإغماء والدوخة والبصر المزدوج.

9 ـ الغثيان و/أو التقيؤ: وهذه العوارض وحدها لا تحدد حصول نوبة احتباس الدم العابرة لكنها إذا حصلت مع شعور بالدوار الحاد vertigo والصداع وفقدان التوازن فإنها يمكن أن تشير إلى حدوث النوبة المذكورة.

الجزء الثاني

السكتة الدماغية

الفصل الخامس

حصول السكتة الدماغية

«أسوأ ما حصل معي كان شعوري أنني وحيدٌ. كنت أعرف أن الأشخاص يصابون بالسكتات الدماغية كل يوم لكن ذلك لم يخفف من وقع ما حصل ولم يساعدني أحد وقتها وشعرت كما لو أن إصابتي مختلفة وأن أحداً لم يفهم حقيقةَ ما حصل».

مصاب بالسكتة الدماغية عمره 74 سنة.

تحصل بعض العناصر المُخرِّبة في السكتة الدماغية في المراحل التالية لحصولها ـ مثل الصمت، الشلل، وعدم القدرة على تأدية المهام العادية الروتينية. وأصف فيما يلي بعض «الصدمات» التي تحصل بعد السكتة الدماغية:

* لم تتمكن صباح من الإجابة عن أسئلة الطبيب إلا بكلمات ملعثمة والحقيقة أن قدرة المصاب بالسكتة الدماغية على إعادة الاتصال بالآخرين عن طريق الكلام تستغرق وقتاً.
* أراد أحمد تحريك ذراعه اليسرى وكان مصمماً على ذلك ولو كانت الإرادة كافية لذلك لكان حرَّك يده مئات المرات. ولكن رغم رغبته ورغم إلحاح الطبيب لم يتمكن أحمد من تحريك ذراعه اليسرى التي كانت بالفعل مشلولة وميتة.
* تأثرت قدرة سلمى على البلع بعد إصابتها بالسكتة الدماغية بحيث لم تعد تتمكن من مشاركة الآخرين في الطعام براحة ومتعة.
* كان سالم يعرف أنه مصاب باكتئاب لأنه كان يعرف كل علامات الاكتئاب ومنها اليأس والتململ والتعب وفقدان الشهية وعدم النوم. لكن أياً من هذه

العوارض لم يكن مهماً بالنسبة إليه. وفي الحقيقة لم يعد أي شيء آخر مهماً لأن سالم مثله مثل 30 و 50 بالمئة من كل ضحايا السكتة الدماغية كان يعاني من اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية. وذلك الاكتئاب يمكن أن يؤثر في برنامج إعادة تأهيله إلا إذا عولج لأنه يتداخل مع دوافع الإنسان وتقدمه النفسي.

وعلى الرغم من التمييز بين إنسان وآخر، وامتلاك كل واحد مزايا مختلفة وفريدة تنعكس في ذاكرة مختلفة وإدراكات مختلفة ومشاعر مختلفة لكن عند حصول السكتة تكون عوارضها مشتركة بين كل المصابين. فكل المصابين بالسكتة الدماغية يعانون الشلل والاكتئاب وعدم القدرة على التخاطب مع الآخرين، وتعد هذه الأضرار مشتركة بين المصابين. لكن مدى الضرر يعتمد على المنطقة المصابة من الدماغ وليس على الوقت الذي تحصل فيه السكتة وكيفية حصولها لأن العوارض الحقيقية مرتبطة فعلياً وتنفيذياً بالمكان الذي تحصل فيه السكتة في الدماغ.

القدرة على النطق والكلام

غالباً ما تتأثر هذه القدرة عند الإصابة بالسكتة الدماغية. ويعتمد الاعتلال الناتج في النطق على كيفية توزيع قدرات الاتصال بالآخرين ومهاراته بين النصفين الكرويين في الدماغ.

وكقاعدة عامة إذا كنت تمارس مهامك الأساسية باليد اليمنى تقع عندها معظم مهاراتك اللغوية في الجانب الأيسر من الدماغ، وإذا كنت تمارس تلك المهام باليد اليسرى عندها يوجد احتمال بنسبة 50 بالمئة أن تكمن قدراتك اللغوية في النصف الكروي الأيمن من دماغك.

العارض الأول للسكتة الدماغية

أكثر عوارض السكتة الدماغية حصولاً هي شلل جانب واحد من الجسد

ويمكن أن يكون كلياً أو جزئياً بحيث يؤثر، على سبيل المثال، في حركات اليدين والقدمين أو يصنع خَدَراً أو شللاً في كامل الساق أو الذراع و/أو جذع الجسد. وبالتحديد تسبِّب السكتة الدماغية التي تصيب النصف الكروي الأيمن من الدماغ شللاً أو خدراً في الجانب الأيسر من الجسد والعكس هو الصحيح أيضاً.

العوارض الأخرى للسكتة الدماغية

لكن الخدر أو الشلل الجسدي هما جزء واحد من القصة فقط، فكل نصف كروي في الدماغ يوجّه مهاماً مختلفة في التفكير والكلام ومعالجة المعلومات حيث يمكن للسكتة الدماغية في النصف الكروي الأيمن أن تؤثر، على سبيل المثال، في الذاكرة والانتباه والسيطرة على الاندفاعات بينما تؤثر السكتة الدماغية التي تصيب الجانب الأيسر من الدماغ في مهارات اللغة وإدراك الأشياء والأفكار.

لكن ليست كل السكتات الدماغية تحصل في النصف الكروي الأيمن أو الأيسر للدماغ حيث توجد إستثناءات لهذه القاعدة. ورغم أن هذه الاستثناءات هي أقل حصولاً لكن بعضها يحصل في ساق الدماغ أو جذعه brain stem أو في المخيخ cerebellum وهنا تؤثر هذه السكتات في الحركة والتوازن والمهام الأساسية للجسد مثل التنفس والبلع.

طبعاً لا يمكننا مشاهدة كل عارض عند كل شخص يصاب بسكتة دماغية وليست كل العوارض مشابهة عند كل الأشخاص ولكن عندما تحصل السكتة في مساحة معينة في الدماغ يعني ذلك تمايزاً في الإصابة وتشابهاً في العوارض. وهكذا فإن تحديد مكان حصول السكتة الدماغية بدقة يساعد في التشخيص ويحدد في النهاية نتيجة برنامج إعادة تأهيل المريض. وهكذا سوف أبحث في الفصول التالية باختصار العوارض الشائعة للسكتات الدماغية التي تحصل في النصف الكروي الأيسر من الدماغ وفي النصف الكروي الأيمن منه، وتلك التي تحصل في جذع الدماغ والمخيخ.

الفصل السادس

السكتة التي تصيب النصف الكروي الأيمن في الدماغ

«كانت العوارض قليلة ولم تحصل كل الوقت ولكنها عند حصولها كانت تأتي قوية وصعبة مثل البكاء فجأة أو الكلام دون توقف أو عدم إدراك الشخص الآخر ولو للحظة واحدة. وهذا العارض الأخير هو الأصعب».
زوجة مريض بالسكتة الدماغية عمره 62 سنة.

عندما استيقظ خالد أدرك أنه في غرفة مستشفى فقناع الأوكسيجين على وجهه والمصل يتقطر إلى ذراعه، لكن خالد كان مشوشاً قليلاً وبدأ بتحريك رأسه وحاول تحريك ذراعه اليسرى لكنه لم يتمكن من ذلك. وقد جاءت الممرضة إليه لتساعده وأراد أن يقول لها: «ساعديني» لكنه لم يملك القوة على الكلام، حاولت الممرضة تهدئته فعاد إلى النوم. وفي وقت لاحق تذكّر خالد باحة المنزل قبل حصول ما حصل وكان الوقت بعد ظهر يوم أحد وكان نسيماً عليلاً قد هبّ عبر الأشجار. وكان يستمع إلى الراديو ويشوي بعض اللحم على الشوّاية عندما بدأ الصداع فأسقط ملقط الفحم من يده وسقط على الأرض فاقد الوعي.

لقد أصيب خالد بسكتة دماغية وبعد عدة تحاليل تشخيصية في المستشفى تمكّن الأطباء من إجراء التشخيص الدقيق والمحدد: فلقد أصيب خالد بسكتة دماغية بسبب إنسداد في الشريان الوسطي الأيمن في المخ وحصل الضرر في فصوص دماغه الأمامية والصدغية اليمنى وربما في منطقة المهاد أو السرير البصري فيه.

وهكذا كان خالد ضحية لسكتة في النصف الكروي الأيمن في دماغه ورافق ذلك عوارض مميزة وربّما كان يمكن في ذلك الوقت أن تختفي أو تصبح جزءاً من حياته.

صفات الدماغ الأيمن

كما رأينا من قبل يُوجِّه النصفان الكرويان في الدماغ ويضبطان ويراقبان مهاماً مختلفة، ولكن وكمعظم الأشياء في الحياة لا يوجد هذا الانقسام الحاد بين النصفين ومهامهما، فهما يعملان كفريق عمل واحد بحيث يضيف الواحد للآخر أبعاداً ويتداخل بعضهما مع بعض في كل جانب من شخصيتنا بدءاً من التفكير وصولاً إلى الكلام وبدءاً من الإدراك ووصولاً إلى التنفيذ.

لكن ووفقاً للمهمة المحددة يمكن لنصف كروي واحد أن يهيمن على الآخر في مهام محددة.

مرض كابغراس Capgras Syndrome

هذا مرض يصيب ضحايا السكتة الدماغية التي تحصل في النصف الكروي الأيمن من دماغهم بحيث يظنون أن المحيطين بهم هم من المخادعين والمحتالين وذلك هو نوع من الوهم الذي لا يرتكز على أي أساس واقعي ولا يوجد أي أساس فيزيولوجي (مصاحب بتغيرات جسدية) أو أي سلوك يبرر للضحايا اعتقادهم بأن الأشخاص الذين يحبونهم هم مخادعون. وينطلق هذا الشعور الوهمي من الضحية غريزياً بحيث يؤمن المريض أن هؤلاء المخادعين هم جزء من عصابة تحاول الحصول على أمواله وممتلكاته.

والمرض يشكل صعوبة قصوى بالنسبة إلى الأشخاص المقرّبين من المريض والذي يظن أنهم مخادعون ومحتالون وهم في الحقيقة يحاولون مساعدته.

يضبط النصف الكروي الأيمن في الدماغ تنظيم البصر والإدراك الحسي والذهني والانتباه وهو يضيف المعنى والمضمون والجوهر إلى ما نراه.

والدماغ الأيمن مسؤول أيضاً عن الاتصال غير الكلامي بالآخرين وعن التخاطب بالعامية والصرف في الكلام (التغيير في تركيب الكلام) وأسلوب الكلام والحركات التي ترافق مخاطبتنا وتحادثنا مع الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك يدخل عمل النصف الكروي الأيمن في الدماغ في قدرتنا على إدراك المكان ومعرفة وفهم الموقع وما ننظر إليه وما نفعله ولماذا توضع الأشياء المختلفة في المكان الذي هي فيه.

وتتأثر كل هذه المهام عندما تحصل السكتة في النصف الكروي الأيمن في الدماغ وتظهر العوارض المميزة للسكتة الدماغية اليمنى، وإذا أخذنا خالد نموذجاً عن هذه السكتة بإمكاننا تمييز العوارض التالية.

العارض الأول لسكتة الدماغ الأيمن:
شلل أو وَهَن في الجهة اليسرى من الجسد

عند سماع كلمة «فالج نصفي» hemiparesis لم تفهم عائلة خالد معناها لكن سرعان ما عرفوا أنها تعني وَهَن أو شلل شقي hemiplegia ويعد ذلك الفالج النصفي أكثر عوارض السكتة الدماغية شيوعاً وحصولاً.

ولأن سكتة خالد حصلت في النصف الكروي الأيمن من دماغه برز ذلك الوهن في الجانب الأيسر من جسده ولم يعد بإمكانه تحريك يديه جيداً، ووجد أنه من الصعب الإمساك بأي أداة أو حتى ربط حذائه ووجد صعوبة في المشي في أول الأمر.

واستعاد خالد قوته بالتدريج بواسطة إعادة التأهيل ولكن في الوقت ذاته أصبحت عضلاته أكثر تشنجاً وعلى الرغم من أن إحدى مجموعات العضلات في ذراعه أصبحت أقوى وأكثر تناغماً بقيت مجموعة أخرى من العضلات ذاتها ضعيفة. وأدى عدم التوازن إلى توتر عضلي حاد ونوع من المقاومة العضلية

المميز بالشد والسحب بحيث أصبحت ذراعه مثل السلك الملفوف دون استقامة كاملة أو ثني كامل. وتم التغلب على ذلك التشنج في وقت لاحق بواسطة التمارين الرياضية.

قائمة بعوارض سكتة النصف الكروي الأيمن في الدماغ

* شلل أو وهن في الجانب الأيسر من الجسد.
* صعوبة في تأدية المهام اليومية.
* صعوبات في الإدراك.
* الإهمال.
* إعاقة في الذاكرة البصرية.
* إفراط في الكلام.
* قصور في الانتباه.
* تقييم ضعيف للأمور.
* تشوّش في إدراك الزمن.
* فقدان الحقل البصري الأيسر.
* تبدل حاد في المزاج.
* كسل عقلي.
* سلوك اندفاعي.

العارض الثاني للسكتة في الدماغ الأيمن:
مشاكل في الإدراك البصري والمكاني

كانت محاولة ارتداء الملابس مشكلة لخالد بعد إصابته بالسكتة الدماغية ليس فقط بسبب حالة الوهن فرغم أنه على سبيل المثال كان يعرف وجود خطأ ما في القميص لكنه لم يدرك أن ذلك الخطأ هو أن القميص كان مقلوباً إلى داخله. ولم يفهم خالد كيف يستعمل أزرار القميص وأين يضع الجوارب وهذه الحالة تسمى بـ عَمَه ارتداء الملابس dressing apraxia وهي عاهة في الإدراك الحركي - البصري الناتج من تضرر في الفص الجداري الأيمن في الدماغ.

إلى جانب صعوبة ارتداء الملابس يختبر المصاب بالسكتة الدماغية في الجانب الأيمن من دماغه صعوبة في الاستحمام وفي تناول الطعام والتسوّق وتنظيف الأسنان وكل هذه من نشاطات الحياة اليومية التي نعتبرها روتينية والتي يمكن أن تصبح تحدياً للأشخاص الذين يصابون بسكتات دماغية. ولأن الدماغ الأيمن يتحكم بقُدرتنا غير الكلامية على الاتصال بالآخرين ـ مثل قدرتنا على التعرف على الأدلة البصرية والسمعية والمكانية والتي تسمى بالمُشْعرات ـ عندها يبدو معقولاً أن ما نعرفه بالنظر أو الحركة أو الصوت يصبح مصدر ارتباك ذهني عندما تصيب السكتة الدماغ الأيمن.

وهكذا سوف يملك خالد صعوبة في التعرف على الطريق إلى أماكن الاستراحة وتنظيم تناول الطعام أو على الرموز الجغرافية، وسوف يملك مشاكل في نسخ شيء ما أو رسمه ولن يكون قادراً على وضعه في إطاره الصحيح على قطعة ورق. وسميت هذه الحالة بالعَمَه الإنشائي constructional apraxia وتمثل عدم القدرة على إعادة إنتاج نموذج معين رغم مساعدة الطبيب بتعليمات الخطوة خطوة وتحت مرأى النموذج الكامل.

وما يضيف إلى الارتباك الحاصل هو أن خالد يمكن أن يفقد موقتاً حقله البصري الأيسر وتسمى الحالة بالعمى النصفي أو الشقّي hemianopsia فمثلاً ولأن خالد لم يتمكن من مشاهدة قميصه على الكرسي في الزاوية اليسرى من غرفته افترض أنه مفقود.

العارض الثالث لسكتة الدماغ الأيمن:
الإهمال والإنكار

يمكن أن يحصل الإهمال (الذي يعني أشياء كثيرة) عند حصول السكتة في الدماغ الأيمن. وقد يعني مثلاً الإخفاق في التركيز على العالم الخارجي ونقص في الانتباه، وفي الحالات الحادة عدم القدرة حتى على إدراك الشخص المصاب أنه قد أصيب بسكتة دماغية.

ولقد نجح أحد العلماء سنة 1981 في عزل شبكة الانتباه في الدماغ ووجد أن التشكيل الشبكي الموجود في عمق جذع الدماغ مسؤول عن اليقظة

العامة والمراقبة والحذر. أما الفصوص الجدارية في الدماغ فمسؤولة عن المُشعرات الحسية (مصادر تلقي الإيعازات الحسية) ووضع الخرائط الذهنية للمكان. وتُساعد الفصوص الأمامية في التنسيق بين الاستكشاف والعمل ويوفر الجهاز الطرفي في الدماغ (أطراف الدماغ: حافة قشرة المخ limbic system) مصادر الرغبة الضرورية ودوافع الاستكشاف.

وأي خلل في أي من هذه المساحات في الدماغ يسبب مشاكل في الانتباه ويسبب الإهمال، ولأن النصف الكروي الأيمن من الدماغ يحتوي على الخلايا العصبية التي تشغِّل كامل شبكة الانتباه في الدماغ عندها يبدو معقولاً أن السكتة في الجانب الأيمن من الدماغ تخفض من القدرة على الانتباه.

وهكذا يمكن تفسير ردود فعل خالد العصبية والتي تعتبر نموذجاً عن السكتة في النصف الأيمن من الدماغ فيقوم مثلاً بحلق الجانب الأيمن من ذقنه فقط ويتناول الطعام الموجود فقط في الجانب الأيمن من الطبق ولا يمكنه أن يلاحظ أي شخص يأتي من الجهة اليسرى. وهنالك مرضى آخرون بسكتات مماثلة يرسمون نصف الصورة عندما يطلب منهم نسخ صورة كاملة أمامهم، وهنالك آخرون يهملون ذكر الكلمات كاملة بحيث يأتي تفوههم بها ناقصاً.

اختبار مدى الإهمال عند المصاب
بسكتة دماغية في النصف الأيمن من دماغه

من المهم معرفة أن إهمال الجانب الأيسر من الأشياء هو مستقل عن كل العوارض الأخرى للسكتة في النصف الكروي الأيمن في الدماغ، وقد يكون لهذا الإهمال علاقة بعجز بصري أو حسي أو إدراكي آخر. ولكن إدراك الإهمال ومعرفة عما إذا كان عارضاً وحيداً منعزلاً أو ضمن عوارض أخرى هما أمران مهمان وأساسيان لأي برنامج إعادة تأهيل ناجح.

لكن كيف يمكن لطبيب إعادة التأهيل أن يكتشف ما هو الإهمال وما هو ليس بعارض إهمال؟ وهنالك سلسلة خطوات

إختبارية في هذا المجال:

* يُطلب من المريض رسم ساعة حائط تشمل أرقام الساعة أو رسم زهرة. فالشخص الذي يعاني الإهمال الناتج من السكتة الدماغية لا يمكنه أن يرسم الجانب الأيسر من الساعة أو الزهرة.
* يُطلب من المريض أن يرسم دائرة حول حرف معين على ورقة وإذا كانت عوارضه تشمل الإهمال قد لا يرسم أي دائرة على الأحرف المطلوبة في الجانب الأيسر من الورقة.
* يقف الطبيب خلف المريض ويحدث صوتاً بأصابعه على الجهة اليسرى من المريض أولاً ثم على الجهة اليمنى وأخيراً على كلتا الجهتين، وبهذا يمكن تحديد عما إذا كان الإهمال يشمل المنبِّهات السمعية (مصادر الصوت).
* يمكن من خلال تحريك أصابع الطبيب ضمن الحقل البصري الأيسر للمريض ثم ضمن حقله البصري الأيمن تحديد ما إذا كان الإهمال الناتج من السكتة الدماغية مرفقاً بأي عجز بصري.

ويعد الإهمال مسألة مهمة في سكتات النصف الأيمن من الدماغ وفهمه صعب من قبل عائلة المصاب وهو يشمل أيضاً إنكار الجانب الأيسر من الجسد وإهماله وعدم استعماله، بحيث، مثلاً، يتم ارتداء القميص من الكم الأيمن فقط ويعيش المريض نصف حياة جسدية حتى أنه يرفض الاعتقاد بأنه مصاب بمرض. وذلك يضيف ضغطاً كبيراً في منزل مصاب بالارتباك أصلاً بسبب السكتة الأولية.

لكن هناك أخباراً سارَّة في هذا الإطار، فقد شاهدنا مرضى بالسكتة الدماغية يستعيدون قدراتهم بعد أشهر من إعادة التأهيل بحيث يختفي الإهمال كلياً وعفوياً. ولقد وجدت الدراسات أن الإهمال هو أحد أول مجالات الشفاء من السكتة الدماغية عند المرضى في مختلف الأعمار.

العارض الرابع للسكتة في النصف الأيمن من الدماغ:
مشاكل في الذاكرة البصرية

عندما تصيب السكتة المهاد أو السرير البصري thalamus أو الفص الصدغي الأيمن يمكن أن تتأثر الذاكرة البصرية، وهذا يعني بالنسبة إلى خالد مثلاً الذي أصيب بسكتة في نصف دماغه الأيمن أنه كان يقرأ الصحيفة في الصباح ويشرب القهوة ولكنه بمجرّد ما كان يمسك بفنجان القهوة ليشرب ثانية كان ينسى ما رآه. وذلك يعني أنه نسي مثلاً شكل غرفته وشكل الصورة المعلّقة في الصالون كما يمكن أن يكون قد نسي حتى شكله في المرآة في الأسابيع الأولى على الإصابة بالسكتة. وهذه الحالة الأخيرة الحادة أي أن تنسى شكل وجهك وشكل وجه الشخص الذي تحبه تسمى جهل تمييز الوجوه prosopagnosia وتظهر عند المرضى الذين يصابون بالسكتة في المساحات الصدغية والخلفية من نصفي الدماغ. ويتعافى المرضى الأصغر سناً من هذه الحالة الأخيرة أسرع من المرضى الأكبر سناً.

العارض الخامس لسكتة الدماغ الأيمن:
عجز النطق أو الكلام (الحُبسة Aphasia)

رغم أن النصف الكروي الأيسر في الدماغ يوجِّه معظم مهاراتنا اللغوية بدءاً من معاني المفردات ووصولاً إلى اللفظ فإن النصف الكروي الأيمن يوفر ما يمكن أن يعرف بالتنوع في اللفظ واللغة والمعنى. ولقد أظهرت الدراسات أنه من أجل إعادة المهارات اللغوية إلى وضعها الطبيعي لا بد من أن يشمل برنامج إعادة التأهيل برامج غير كلامية لتمرين النصف الأيمن من الدماغ. ويمكن للمرضى الذين عانوا من سكتة في الدماغ الأيمن أن يفقدوا القدرة على صرف الكلام (تغير شكل الكلمات لإعطاء المعنى) بحيث تصبح الكلمات التي يتفوهون بها دون تصريف وقد لا يتمكنون من فهم معنى ودلالة كلام الآخرين. وجانب التنوع في الكلام يسمى علمياً القرض أو القريض prosody مثل قرض الشعر الذي يمثل حيوية الكلام التي نضيفها إلى أقوالنا لجعلها تبدو تساؤلاً مثلاً

أو تعجباً، وفقدان هذه القدرة في تنويع الكلام يسمى عدم القرض أو الكلام الرتيب aprosody ويأتي نتيجة سكتة في الدماغ الأيمن.

لكن خالد أصيب بشيء مختلف قليلاً وليس غير شائع عند المصابين بالسكتة في الدماغ الأيمن حيث فقد القدرة على استعمال وجهه ويديه في التعبير خلال الكلام، ورغم ذلك ظل قادراً على فهم الحركات التعبيرية للآخرين.

وهنالك عارض إضافي متصل باللغة والذي يمكن أن يثير أعصاب الآخرين وهو الإكثار من الكلام فنجد خالد مثلاً لا يتوقف عن الكلام حتى خلال الطعام وفور استيقاظه من النوم حتى أنه يتكلم خلال النوم.

حالات الإنكار الناتجة من سكتة الدماغ الأيمن

يمكن أن يصبح الإهمال الناتج من سكتة الدماغ الأيمن حاداً بحيث يؤدي إلى حالة الإنكار denial حيث ينكر المريض حصول العوارض عنده وينكر حتى حصول السكتة نفسها، وتسمى الحالة عَمَه المرض anosagnosia. ويمكن أن يزداد الإنكار حدة بحيث يعتبر المريض يده أو ذراعه أو ساقه المشلولة طرفاً لشخص آخر أو ببساطة يقول إنه لا يعرف لمن ذلك الطرف، وتسمى الحالة عندها الحجاب الجسدي somatophrenia.

وإذا تحول الإنكار إلى الاشمئزاز وكُره الطرف المشلول من الجسد تسمى الحالة كُره أو بُغض الشلل misoplegia وهي حالة نادرة جداً.

العارض السادس لسكتة الدماغ الأيمن: التقييم الضعيف للأمور

هذا العارض منطقي الحصول لأن الإعاقة الحسية وفقدان الذاكرة والإهمال والنقص في الانتباه هي عوارض منفصلة يمكن، لسوء الحظ، أن تؤدي في النهاية إلى ظهور عوارض أخرى تتفاعل مع بعضها البعض: مثل

حصول تشوش في إدراك الزمن وضعف في التفكير التجريدي وإعاقته تصل في النهاية إلى تقييم ضعيف للأمور. وعدم القدرة هذه على تقييم الأمور والأحداث والأوضاع وتمييزها خطيرة على الأخص لأنها تُظهر تأثيرها مراراً وأكثر من العوارض الأخرى عندما يتعلق الأمر بإجراءات الأمان.

فيمكن مثلاً أن يخرج المريض من المنزل برداء الحمام والشبشب أو قيادة السيارة دون رخصة أو دون تمييز الاتجاهات، ويمكن مثلاً عدم التمييز بين الملح ومسحوق الغسيل، وكل هذه التصرفات تشكل مخاطر بالنسبة إلى صحة المصاب بالسكتة الدماغية.

وقبل مغادة خالد المستشفى عملت عائلته على مراجعة الطبيب لمعرفة إجراءات الأمان الجسدي التي لا بد من إتخاذها لأنه لا بد من أن يكون منزل المصاب بالسكتة الدماغية آمناً من كل النواحي.

العارض السابع لسكتة الدفاع الأيمن: المشاكل النفسية والعاطفية

لم تتمكن عائلة خالد من تحمُّل أوضاعه لأنه كان يتبدل من الضحك إلى البكاء في غضون ثوان وفي أحيان معينة، وتتبدل أحواله في فترات سريعة من الهيجان والاندفاع النفسي والنشاط ليصبح في الفترة التالية كسولاً بليداً ومرتبكاً. وهذه الحالات النفسية المتطرفة والمتباعدة شائعة عند المصابين بسكتات النصف الكروي الأيمن من الدماغ، لكنه يمكن تخفيف حدة التقلب في المزاج بواسطة الأدوية بإشراف الطبيب وبالصبر والتفهم ومع مرور الوقت.

هذه هي إذن باختصار عوارض سكتة النصف الكروي الأيمن في الدماغ وهي تختلف عن عوارض سكتة النصف الكروي الأيسر في الدماغ والتي ندرسها الآن تالياً.

الفصل السابع

سكتة النصف الكروي الأيسر في الدماغ

«لا أعرف ما كان الأسوأ في الأمر السكتة نفسها أو حقيقة أنني لم أكترث بما حصل وكنت كئيباً للغاية».

مصاب بسكتة في النصف الكروي الأيسر من الدماغ عمره 79 سنة.

كانت ندى تقلّب رسائل البريد أمامها عندما شعرت بصداع بسيط مشابهٍ للحالات التي أصيبت بها مؤخراً كل يوم تقريباً وكانت تكتفي بفرك جبينها دون اهتمام كبير بالأمر.

لكن أفكاراً من الدهشة والاستغراب ساورت ندى حيث شعرت بدوار وعدم القدرة على التركيز ونظرت إلى الخارج من النافذة وراقبت المارة فبدوا لها أشكالاً صغيرة مثل تماثيل علبة الموسيقى، وفكرت ندى: «تماماً مثل علبة الموسيقى»، لكنها سرعان ما فقدت القدرة على التنفس وأعماها الصداع وسقطت فاقدة وعيها بحيث تناثرت رسائل البريد على الأرض.

وهكذا تكون ندى قد أصيبت بما يسميه الأطباء انسداداً مُخّياً cerebral infarction (أو احتشاء دماغياً). وكانت ندى قد أصيبت سابقاً بنوبات احتباس الدم العابرة فضلاً عن سلسلة من علامات الإنذار شملت الخدر والشعور بدوار فضلاً عن مشاكل في النطق والكلام لكنها لسوء الحظ تجاهلت هذه العوارض.

وكانت ندى في سن 65 سنة امرأة قوية مندفعة وكانت تعمل مسؤولة في أحد المصارف وتتكلم خمس لغات وتعمل بسهولة بمسائل في الرياضيات

والاحتساب والأرقام.

ولكن، لحسن الحظ، نجت ندى من سكتتها الدماغية ومع ذلك كان المكان الذي حصلت فيه السكتة سيئاً من الناحية الطبية حيث تركّزت السكتة في الشريان الوسطي المخي في النصف الكروي الأيسر من دماغها. وكان ذلك يعني أن قدراتها التنفيذية وقدرتها على التنظيم والتركيز والتخطيط قد أصيبت بإعاقة وانعكس ذلك على قدراتها اللغوية وقدراتها في الرياضيات.

صفات الدماغ الأيسر

رغم كل ذلك لا تبدو الأمور قاتمة إلى هذا الحد، والأخبار كانت جيدة لأن فريق إعادة تأهيل ندى كان واثقاً أن دماغها سوف يتحسن وأن الكثير من الخلايا المصابة سوف تصبح فاعلة مرة ثانية وأن شبكة خلايا الأعصاب في الدماغ ستجد طريقاً آخر لتنفيذ المهام الدماغية والعقلية المطلوبة. وقد شعر الأطباء أنه في حال مزج برنامج إعادة التأهيل ببرنامج تدريبي ضمن المستشفى يمكن لندى ومع الوقت أن تقود حياة كاملة ولو كانت مختلفة عمّا كانت عليه قبل ذلك.

ولم يكن ذلك تفاؤلاً كاذباً لأن فريق إعادة التأهيل كان يملك الخبرة والتدريب الكافيين لمعالجة السكتة الدماغية، ولم تكن سكتة الدماغ الأيسر بغريبة عنهم وكانوا قد عالجوا عوارض كثيرة مثل عوارض ندى ولمرات عدة والواقع أن العوارض التي أصابت ندى شائعة في أي إصابة للدماغ الأيسر.

وكما رأينا في الفصل الأول فإن النصف الكروي الأيسر من الدماغ يوجِّه ويضبط قدراتنا ومهاراتنا اللغوية واتصالنا الكلامي بالآخرين واستعمالنا المنطق والفكر العقلاني.

من ناحية أخرى صحيح كما رأينا أن النصف الكروي الأيسر في الدماغ يعمل بالتنسيق مع النصف الكروي الأيمن وأن اللغة ومهارات الفهم والمعرفة موجودة في النصفين الكرويين معاً.

ولكن هنا في النصف الكروي الأيسر من الدماغ يأتي العجز في النطق والكلام بطرق مختلفة حيث لا يمكن فهم الكلمات أو قد لا يتمكن المصاب من التعبير عنها بلسانه بسبب سوء عمل الأجهزة الخاصة بذلك في الجسد.

والاكتئاب هو أيضاً أكثر حصولاً في سكتات النصف الكروي الأيسر منه في النصف الأيمن منه والمفترض أن يكون أكثر ارتباطاً بالعواطف.

وإذا أخذنا ندى نموذجاً لهذه الإصابات بإمكاننا تعداد العوارض التالية المميزة لسكتة النصف الكروي الأيسر في الدماغ.

العارض الأول لسكتة الدماغ الأيسر

أحد أول الأشياء التي لاحظَتها ندى عند استعادتها وعيها كان أنها لم تتمكن من تحريك ذراعها اليمنى التي بدت ميتة وكما لو أنها جزءاً غريباً عن جسدها. بالإضافة إلى ذلك كانت ساقها اليمنى ضعيفة للغاية رغم أنه كان بإمكانها تحريكها قليلاً لكن ذلك كان يتطلب طاقة قوية منها. كذلك شعرت ندى بما يعرف بالعَمَه الحركي apraxia، وهذا يعني إعاقة في حركتها الإرادية، ولم يكن بإمكانها تحريك قدميها رغم أنهما لم تكونا مشلولتين كلياً. من ناحية أخرى أصيبت ندى بشلل في حركات وجهها.

وكما رأينا في سكتة النصف الكروي الأيمن من الدماغ فإن الشلل أو الوهن في الجانب المعاكس من الجسد هو عارض شائع ويمكن أن يختفي مع الزمن وباتّباع برنامج ملائم لإعادة التأهيل. ففي غضون أربعة أسابيع كان بإمكان ندى تحريك ساقها اليمنى إلى الأعلى ولمسافة أكبر من قبل وبدأت بتحريك أصابع يدها اليمنى. وهكذا اختفى العمَه الحركي عندها كلياً.

ورغم أن ندى لم تعتريها أي مشكلة في الحقل البصري الأيمن بسبب السكتة لكن مصابين آخرين عانوا من مشكلة مماثلة، كما أن المصابين بسكتة في النصف الدماغي الأيمن لا يشاهدون شيئاً في الجانب المعاكس من جسدهم.

من ناحية أخرى ورغم عدم معاناة بعض المرضى من فقدان الحقل البصري لكنهم قد يعانون من إرتباك في تحديد الجهة اليمنى من الجهة اليسرى، فمثلاً قد يضع المريض حذاءه الأيمن في قدمه اليسرى وتصبح الرحلات ذات الاتجاه المحدد صعبة.

قائمة بعوارض سكتة النصف الكروي الأيسر من الدماغ

* شلل أو وهن في الجانب الأيمن من الجسد.
* فقدان جزئي أو كلي لفهم اللغة أو الكلام.
* نقص في الانتباه.
* إعاقة في عمليات التفكير بما فيها انخفاض في القدرة على حل المشاكل وتقييم ضعيف للأمور وعدم قدرة على تحديد الأخطاء.
* إعاقة في الحركات الإرادية.
* إرتباك بين الجهة اليسرى والجهة اليمنى.
* نقص في البصيرة.
* فقدان الحقل البصري الأيمن.
* ضعف الذاكرة.
* سهولة الإصابة بالإحباط.
* إندفاع زائد.
* بطء عام.
* إكتئاب.

العارض الثاني لسكتة الدماغ الأيسر: صعوبات اللغة

كما في سكتات الدماغ الأيمن تبرز صعوبات اللغة في سكتات الدماغ الأيسر ولكن هنا وبدلاً من أن تؤثر في تصريف الكلام وشكله تتركز المشكلة في الكلام الفعلي نفسه.

فلم يكن بإمكان ندى التعبير عن نفسها جيداً وفي بعض الأحيان بدا وكأنه لا يمكنها لفظ الأحرف بشكل جيد ووجدت نفسها تعبّر بالإشارة ورغم

قدرتها على الكتابة بيدها اليسرى جاءت تلك الكتابة غير واضحة. لكنها في النهاية تمكنت وبمساعدة الطبيب من التعبير عن أفكارها كتابة. لكن استعادة ندى قدرتها على صياغة الكلام ثانية تتطلب وقتاً ووقتاً أطول ليتمكن الآخرون من فهم ما تقوله.

تأخذ صعوبات اللغة المتصلة بسكتة الدماغ الأيسر والتي تسمى أيضاً الحبسة aphasia أشكالاً أخرى، وفي الواقع تعاني نسبة كبيرة من الذين يصابون بالسكتة من الحبسة أو صعوبة الكلام. وكانت ندى مثلاً تعاني من صعوبة في صياغة الكلام بما يعبر عن الأفكار. وينعكس هذا العارض في التالي:

- **تكرار الجمل مراراً**: مثل إلقاء التحية عدة مرات وفي أي مكان بغض النظر عن المناسبة سواء في المنزل أو خارج المنزل.
- **سماع كلام الآخرين بشكل مختلف عن الكلمات التي يتفوهون بها**: فهنالك بعض مرضى السكتة الدماغية الذين يتمكنون من الكلام ولكن لا يفهمون كلام الآخرين جيداً.
- **أخطاء في صياغة الكلام**: وهنا يملك المريض صعوبة في الكلام تتمثل في بطء الحديث الذي يأتي بعد جهد كبير ودون مراعاة قواعد اللغة، وما يزيد على حالة ندى هو أن المريض هنا لا يتمكن عادة من كتابة أو فهم ما قرأه.
- **صعوبة في قراءة بعض الكلمات**: كانت إحدى المرضى قادرة على التكلم وعلى فهم ما يقوله الآخرون لها لكنها عند القراءة تعجز عن فهم جملة أو أخرى حتى أنها قد لا ترى بعض الكلمات وكان بإمكان الطبيب تحديد ما هي تلك الكلمات.

حالة واقعية

تصف هذه الحالة أحد المرضى الرجال بالسكتة الدماغية الذي كان يعرف جيداً كيف يربط ربطة العنق لكنه بعد إصابته بالسكتة لم يتمكن من ذلك وقال:

«قبل السكتة وفي الأحوال الطبيعية كانت حركات ربط ربطة العنق تحصل من دون انتباه واع ولكن عند الإصابة بالسكتة شعر المريض وكأنه كان لا بد من التوقف لأنه لم يكن يعرف كيف يحرّك يديه بعد ذلك وكان يملك شعور الشخص نفسه الذي يبدأ بقراءة قصيدة ثم يتوقف لأنه نسي ما بقي منها الأمر الذي كان يفرض عليه العودة إلى البداية. وبدا كما لو أن التأخير في تتابع الحركات (بسبب الشلل أو التشنج) يسبب تقطعاً في سلسلة من الحركات التلقائية. ومن ناحية أخرى لم يساهم التوجيه الواعي أو المقصود للأصابع في تحسين الوضع، بل على العكس جعله مستحيلاً.

لكن المريض بالسكتة الدماغية قد يبقى قادراً على صياغة الكلام في شكل غناء. من ناحية أخرى يصاب آخرون «بعمه ڤرنيك» Wernicke's aphasia وهنا يمكن للمريض أن يصيغ الكثير من الكلام لكنه لن يكون قادراً على الاتصال كلامياً بالآخرين بشكل فعّال وتحصل إعاقة في قدرته على فهم اللغة ويستبدل الكلام بكلام غير مناسب أو أنه يخترع كلمات جديدة ضمن الجملة التي تتضمن كلمات طبيعية معهودة. وهذه الحالة الأخيرة تحصل عند أولئك المرضى الذين لا يملكون عوارض خدر أو شلل في أطرافهم بسبب السكتة الدماغية.

العارض الثالث لسكتة الدماغ الأيسر: القلق والاكتئاب

1 ـ لقد وجدت سلسلة من الدراسات أن 26 بالمئة من المصابين بالسكتة الدماغية يُظهرون عوارض اكتئاب بعد إصابتهم بالسكتة.

2 ـ كانت نسبة 20 بالمئة من المصابين بالسكتة الدماغية مصابة باكتئاب ثانوي بعد إصابتها بالسكتة.

3 ـ يمكن أن يحصل الاكتئاب عند 70 بالمئة من المرضى الذين تسبب لهم السكتة الدماغية ضرراً في الفص الدماغي الأمامي الأيسر بينما وجد أن 15 بالمئة فقط من أولئك المرضى الذين يعانون من سكتة في النصف الأيمن من دماغهم أصيبوا بالاكتئاب بعد السكتة.

وكان بالإمكان ربط اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية بخلايا عصبية محددة تنقل المادة الكيميائية كاتشولامين catecholamine (مجموعة تتضمن مجموعة مواد تعمل في الجهاز العصبي وأهمها الأدرينالين والنورادرينالين) وهذه الخلايا تتضرر بإصابات الدماغ خصوصاً السكتة الدماغية في المساحة الأمامية اليسرى من الدماغ.

ويتميز الاكتئاب بشكل عام بالصفات التالية:

* تغيرات في الشهية.
* كسل وبلادة.
* تململ وانزعاج.
* الاجترار الفكري وكثرة التأمل.
* كثرة النوم أو قلته.
* الانعزال والابتعاد عن الآخرين.
* عدم القدرة على التركيز.
* فقدان تقدير الذات.
* أفكار يائسة وعاجزة.
* التفكير في الانتحار.

وما يزيد من حدة هذه العوارض في السكتة الدماغية هي العاهات الجسدية الناتجة منها وصعوبات اللغة وعوارض أخرى للسكتة يمكن أن تجعل الاكتئاب البيولوجي الناتج من السكتة الدماغية أسوأ. وهنالك مرضى يصل بهم

الاكتئاب إلى حد عدم التعاون مع برنامج إعادة التأهيل حتى أنه يصبح من الصعب إدارتهم في العلاج خصوصاً أنّ إصابتهم تسهّل بالإحباط السريع. وأصعب ما في الأمر أن تقدم برنامج إعادة التأهيل يتباطأ حتى أنه قد يتخلّف بسبب ذلك.

وعندما عانت ندى من اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية لاحظ أعضاء فريق إعادة التأهيل تغير مزاجها وزيادة تململها. وقد عولجت الحالة بالأدوية بحيث تبدد الاكتئاب بالعلاج المناسب بعد فترة معينة.

العارض الرابع لسكتة الدماغ الأيسر: صعوبات في عمليات الحساب

يمكن أن يعاني البعض منا من صعوبات في الحساب لكن ندى لم تشك أبداً من هذه الصعوبة قبل إصابتها بالسكتة الدماغية، وكما قلنا فإنها كانت تكسب معيشتها من حساب الأرقام. لكن سكتة الدماغ الأيسر يمكن أن تؤثر في قدرتنا على استعمال الأرقام.

ورغم صعوبة هذا العارض لكنه قد لا يكون دائماً لأنه يمكن، وبواسطة فريق جيد لإعادة تأهيل مرضى السكتة الدماغية وبالمثابرة، أن يتمكن المريض بالسكتة الدماغية من أن يتعلم ثانية كل مهاراته السابقة.

العارض الخامس لسكتة الدماغ الأيسر: ذاكرة ضعيفة في الألفاظ

ذلك محبط دون شك فلم تكن ندى تعاني من مشاكل في لفظ الكلمات لكنها لم تتمكن من تذكّر كلمات قالها الآخرون، فمثلاً كان يأتي زوجها إلى المنزل ويقبّلها ثم يبدأ بالكلام ويخبرها عن الجيران وأخباراً أخرى، وكل ما تفعله ندى هو أن تهز رأسها وتبتسم لأنها كانت تنصت جيداً إلى ما يقوله زوجها. لكن فور مغادرته الغرفة أو المنزل تنسى ندى كل ما قاله زوجها وتتذكر فقط الأشياء التي جلبها لها.

ومع هذا الضعف أو الفقدان في ذاكرة الألفاظ والكلمات يختبر المرضى بالسكتة الدماغية مثل ندى مشكلة في معالجة المعلومات، وهذه الإعاقة الأخيرة

التي تكون في بعض الأحيان موقتة وفي بعض الأحيان دائمة تسبب عدم القدرة على فهم ما يحصل وعلى إدراك مصادر التنبيه وصياغة وتنظيم خطط العمل. وترتبط هذه المهام التنفيذية بضرر في الفص الدماغي الأمامي الأيسر.

وهكذا نكون قد شاهدنا الآن معظم العوارض الشائعة لسكتات الدماغ الأيمن والدماغ الأيسر.. لكنه، وكما رأينا في فصول سابقة، توجد أنواع مختلفة من السكتات الدماغية وهذه السكتات المختلفة يمكن أن تصيب مساحات مختلفة خارج النصفين الكرويين في الدماغ واللذين سميناهما الدماغ الأيمن والدماغ الأيسر. والنتيجة حصول سكتات دماغية مختلفة وعوارض مختلفة نصفها في الفصل التالي.

الفصل الثامن

سكتات دماغية مختلفة

صبّ علي القهوة في الفنجان وجلس في كرسيه ثم شغّل جهاز التلفزيون وامتلأت الغرفة بصوت مباراة لكرة القدم. ثم رفع علي صوت التلفزيون ليستمتع باللعب أكثر وشرع في شرب قهوته لكنه قفز فجأة من كرسيه وصاح: «رأسي يؤلمني» وتداعى علي على الأرض. وهكذا وجدته زوجته ملقى على الأرض. عندما عادت إلى المنزل لكن علي توفي.

سكتة جذع الدماغ Brain-stem stroke

لقد أصيب علي بسكتة سدادية (انسداد كامل) أصابت جذع دماغه، وموقع السكتة هو الذي جعلها قاتلة وأدت إلى وفاته، كما رأينا في الفصل الأول. يضبط جذع الدماغ المهام البشرية الأساسية ويمكن أن تتباين عوارض السكتة في جذع الدماغ من حالة خمول ذهني إلى الشعور بدوار حسب حدة السكتة ومدتها.

وتشمل عوارض السكتة التي تصيب جذع الدماغ التالي:

* الترنّح أو التخلُّج ataxia وهو عبارة عن نقص في التنسيق العضلي.
* صعوبة في البلع.
* نبض متبدل للقلب بين المرتفع والمنخفض.
* غيبوبة أو تدني مستوى حالة الوعي.

* فقدان التوازن الجسدي بسبب اتصال جذع الدماغ بالمخيخ ولهذا يعرف المخيخ أيضاً بالرّنح.
* عدم استقرار ضغط الدم.
* الرؤية المزدوجة.
* شلل في جهتي الجسد.
* صعوبة في التنفس.
* غثيان وتقيؤ.

السكتة الدماغية الخلفية Posterior Circulation Strokes

هنا لا تكون السكتة في جذع الدماغ أو في أحد نصفيه الكرويين، وعندما تصيب السكتة مساحات أخرى من الدماغ غير هذه المساحات المذكورة تكون النتائج مختلفة، ويمكن للسكتة الخلفية أن تصيب:

* الجهاز الفقري في العنق والنخاع medulla وهذه يمكن أن تسبب الشلل أو الوهن.
* نظام الشرايين القاعدية التي تزود جسر المخيخ والدماغ الوسطي ويمكن أن تسبب هذه السكتة الرؤية المزدوجة ومشاكل في التوازن الجسدي.
* شرايين المخ الخلفي التي تزود الفصوص الخلفية من الدماغ في مؤخرة الدماغ الأمر الذي يسبب حدوث «عمى» ناتج من تضرر قشرة الدماغ.

المساهمة العلمية للدكتور هولنهورست

كان روبرت هولنهورست أول طبيب يرى ويشاهد الكوليسترول في مؤخرة العين وبإمكان الطبيب اليوم من خلال النظر في العين أن يكتشف وجود مادة بلورية صفراء لامعة (تتجول إما من الشريان السباتي في العنق أو من القلب) داخل شريان صغير. وتعد هذه علامة إنذار بقرب حصول السكتة الدماغية وتتطلب إنتباهاً فورياً.

السكتة في المخيخ Cerebellum Stroke

يوجّه المخيخ ويضبط، تماماً مثل عمل جذع الدماغ، الكثير من مهامنا الغريزية وفيه تولد أفعالنا الانعكاسية حيث يجد التوازن والتنسيق الجسدي مركزهما وحيث تصبح الحركة فعلية. ويمكن للسكتة هنا في المخيخ أن تسبب العوارض التالية:

* عدم وضوح الكلام.
* حركات جسدية غير طبيعية أو ارتجاف عضلي غير طبيعي.
* الترنح أو التخلّج وهو عبارة عن نقص في التنسيق العضلي.
* عدم توازن الجسد.
* الشعور بالدوار.
* غثيان.
* تقيؤ متواصل.

هذه إذن هي مختلف السكتات التي يمكن أن تحصل وهنالك تداخل في بعض عوارض هذه السكتات وبعضها يرتبط بشكل مميز بموقع حصول السكتة.

لكن الحقيقة هي أنه عندما يصاب شخص تحبه بسكتة دماغية لن تهتم بموقع حصول السكتة أو زمانها ومع ذلك فإن معرفة كل شيء عن السكتة الدماغية مهمة جداً لإنجاح برنامج إعادة التأهيل ويمكن فهم ماذا حصل وأين حصل أن يساعد الأطباء في التشخيص والعلاج.

وبغرض إجراء التشخيص الملائم يمكن استخدام وسائل متعددة للتعمق في الموضوع والحالة، وتوجد اليوم إختبارات تزداد دقة يوماً بعد يوم ويمكنك معرفتها إذا تابعت قراءة الكتاب.

الفصل التاسع

تشخيص السكتة الدماغية

«بعد إصابتي بالسكتة الدماغية عمل الطبيب كمحقق بحيث وجه لي الكثير من الأسئلة ولم أعرف في أول الأمر ما كان يفعله الطبيب، وفي الحقيقة امتعضت منه وأردت أن أوقف كل الكلام والاختبارات وأن أستعيد عافيتي وحسب. لكنني الآن أعرف أن أسئلة الطبيب كانت تهدف إلى تنظيم البرنامج الملائم لإعادة التأهيل بحيث أستعيد عافيتي حقاً».

مريض بالسكتة الدماغية عمره 64 سنة.

يتمتع أحد الرجال بتناول الطعام في مطعم خارج منزله ويتبادل الحديث مع آخرين بصوت عال لكن فجأة ومن دون إنذار يبدأ الرجل بالسعال ولا يتوقف عنه ويصبح لون وجهه أحمر ويسقط رأسه في الطبق.

بقي الرجل على قيد الحياة لكنه اليوم غريب عما كان عليه، فهو يتكلم كالمعتوهين ولا يمكنه تحريك ذراعه اليمنى وينسى الأشياء ويسمي الأطباء هذه الحالة بالسكتة الدماغية apoplexy ويعتقد آخرون أن الشخص قد أصيب بمس من الجنون في عقله وعائلة هذا الشخص حيرى في أمرها وهي تنتظر إما الشفاء أو الموت ومع مرور كل يوم دون حصول أي تغير يتمنى له أعضاء العائلة الخلاص بالموت.

وهنالك حالة رجل آخر يعمل موظفاً في قسم المبيعات في إحدى الشركات وهو يحاول إقناع أحد الزبائن بشراء السلعة التي تبيعها الشركة ويدخن السجائر بحيث يترافق دخان سيجارته مع حججه الإقناعية في البيع. لكن ذلك البائع لا يوفق في الوصول إلى نتيجة بالبيع ويشعر بالقرف ويغادر المكان

ليتناول الغداء في أحد المطاعم المحلية. وعند عودة هذا الرجل إلى سيارته بعد تناوله الطعام يشعر فجأة بدوار ودوخة وينهار ساقطاً على الأرض.

وبعد عدة أشهر على هذا الحادث الأخير يعود الرجل ذاته إلى عمله ويزيد من جهده لتعويض ما فاته، ويعتبر الطبيب شفاءه نوعاً من الحظ بينما تعتبر العائلة ذلك نوعاً من المعجزة.

هذه الحالات كانت تحصل في الماضي دون معرفة الأسباب المحيطة بها، أما اليوم فنحن نعرف أكثر وأفضل عن هذه الحالات. وبفضل الاكتشافات البيولوجية العلمية المتصلة بالطب وغيره في العقود الماضية بإمكاننا اليوم، ليس فقط تشخيص السكتة الدماغية، بل يمكننا أيضاً تحديدها لماذا حصلت وأين حصلت؟

والأهم من ذلك أنه، وعلى خلاف ما حصل في الحالتين الموصوفتين حيث كان العجز في الفهم والتشخيص واضحاً، بإمكاننا اليوم اتخاذ خطوات لمنع السكتة الدماغية من الحصول ثانية.

الأسئلة التشخيصية الأربعة

عندما يصاب أحد الذين تحبهم بالسكتة الدماغية يكون رد فعلك الفوري طلب المساعدة، فأنت تريد الشفاء لذلك الشخص وآخر ما تفكر به في تلك اللحظة هو التشخيص ومعرفة أين حصلت السكتة ولماذا حصلت.

لكن كما رأينا يمكن أن يعني التشخيص الصحيح إنقاذ حياة من الموت ويمكن أن يساعد في تحديد برنامج ناجح لإعادة تأهيل المريض ويمكن أن يساعد في منع حصول السكتة الدماغية ثانية.

والقادر على القيام بالتشخيص الصحيح في هذه الحالات هو الفريق الطبي في طوارىء المستشفى لأن أعضاء هذا الفريق مدربون على تشخيص

حالة المريض حتى خلال إنقاذهم حياته ومعالجته. وذلك ممكن من خلال عدة فحوص وتحاليل طبية واختبارات تكون مدعومة بالمعرفة والخبرة، وهكذا يمكن تفكيك التشخيص الصحيح في أبسط حالاته إلى أربعة عناصر أساسية هي كالتالي:

السؤال الأول: من هو المصاب بالسكتة الدماغية؟

عند مشاهدتنا لمصاب بالسكتة الدماغية لأول مرة يجب أن نحدد من هو أو من هي ولماذا يملك ذلك الشخص ميلاً للإصابة بتلك الحالة، وهذا يشمل دراسة مفصلة لتاريخ العائلة بما فيها عوامل المخاطرة الفردية التي يمكن أن تكون حاصلة ومنها: ارتفاع ضغط الدم، تدخين السجائر لفترة طويلة، السكري، أو أي إصابات سابقة بنوبات احتباس الدم العابرة. وفي حال وجود أي من هذه المخاطر فإنها تساعد في تحديد الصفات الصحية للمريض بالسكتة الدماغية.

كذلك تساعد بعض الأدلة الأساسية في معرفة خلفية المريض الصحية وغيرها بغية الخروج بالتشخيص الكامل والصحيح وفي صياغة خطة العلاج التالية لذلك. وهذه الأدلة أو الدلائل تشمل عادات العمل والضغوط العائلية والأمور الموروثة جسدياً.

السؤال الثاني: ماذا حصل خلال السكتة؟

يجب أيضاً أن يقوم الطبيب المحقق بتحديد ماذا حصل بالضبط، وما هي الحادثة التي أدت إلى بروز السكتة الدماغية، لأن السكتة تعبير عام يشمل حالات كثيرة ويحتاج الطبيب لمعرفة ما هو أكثر من مجرد وصف لعوارض الحادثة، فيسأل أسئلة لتحديد الحادثة بصفات أكثر دقة من مجرد: «أغمي عليه فجأة» أو «سقط على الأرض خلال الحديث». وتشمل الأسئلة: ماذا كان يفعل المريض عند حصول الحادثة أو السكتة الدماغية؟ وأين هو موقع حصول الحادثة؟ وهل كان دافئاً أم بارداً؟ وهل تذمر من صداع أو خدر في أطرافه؟

ملاحظة: دراسة تاريخ العائلة عنصر أساسي وتكويني في إطار التشخيص الصحيح ولكن لأن حالة الكثير من مرضى السكتة الدماغية تنم عن ارتباك وخوف شديدين لا تمكنهم من إعطاء المعلومات الصحيحة يجب على الأطباء أن يعتمدوا على أعضاء آخرين في العائلة للحصول على الدراسة المطلوبة.

بالإضافة إلى ذلك هنالك أسئلة تقنية، فكما قلنا، من المهم معرفة نوع السكتة التي حصلت وهل حصلت بسبب تخثُّر أو جلطة متجولة قادمة من القلب أو أنها كانت من النوع الانسدادي، أي نتيجة انسداد شريان في الدماغ؟ لا يمكن الإجابة عن هذه الأسئلة بالطبع من قبل المريض أو أعضاء آخرين في عائلته، بل تحصل الإجابة من خلال عدة اختبارات نصفها في الجزء التالي من هذا الفصل.

وبشكل عام كلما زادت أسئلة الطبيب كلما كانت أكثر قدرة على توضيح الحادثة بتفاصيلها وبالتالي إعطاء تشخيص أفضل. ولكن في بعض الحالات وحتى مع توافر المعلومات الجيدة قد لا يكون الطبيب قادراً على التحديد بدقة وتأكيد حصول سكتة تخثرية (أي بفعل جلطة دموية) أو انسدادية (بفعل انسداد شريان في الدماغ).

السؤال الثالث: أين حصلت السكتة عند المصاب؟

كما نعرف اليوم تختلف أهمية نوع السكتة الدماغية عن أهمية موقع حصولها في الدماغ: أي أين حصل الضرر الدماغي وأي جزء من الدماغ متورط في ذلك؟

بالإضافة إلى اللجوء إلى استعمال أشعة إكس والآلات المتطورة تقنياً تتم الإجابة عن السؤال الأخير من خلال اختبارات تقييم للقدرات اللغوية والإدراكية والحركية والنفسية. وسوف أصف هذه الاختبارات التقييمية لاحقاً في هذا الفصل. وهذه الاختبارات لا تساعد فقط في تحديد حجم الضرر بل تحدد أيضاً المهام العقلية التي لا تزال قوية بحيث يمكن استغلال المهارات اللغوية والقدرات الإدراكية الباقية وسائر المظاهر الإيجابية لتعزيز عملية إعادة التأهيل الذهني.

السؤال الرابع: لماذا حصلت السكتة الدماغية؟

يهدف سؤال «لماذا» إلى كشف عمق الحادثة، فقد يكون السبب مناقشة عائلية حادة أو مشكلة في العمل أو حالة جسدية ويكون فهم السبب أساساً في منع حصول السكتة الدماغية ثانية. والأهم من ذلك يُساعد على فهم العملية التطورية للمرض الذي أدى إلى إصابة المريض بسكتة دماغية في منع تأصله وجعله موروثاً من جيل إلى جيل في العائلة.

وهكذا تُساعد معرفة طبيعة الشخص المصاب وموقع حصول السكتة عند المصاب وسبب حصول تلك السكتة في تحديد ما يجب فعله وعما إذا كان يجب أن يكون العلاج بالأدوية أو الجراحة أو إعادة التأهيل.

خطوات تشخيص السكتة الدماغية

ليس التشخيص دستوراً ثابتاً وهو مثل كل الأشياء في الحياة عبارة عن سلسلة عمليات متعاقبة متداخلة وأكثر من مجرد سلسلة اختبارات، والطبيب الجيد يأخذ بعين الاعتبار الحالة الإجمالية للمريض خلال عملية التقييم ويركز على القدرات الباقية للمريض بعد السكتة وليس فقط على العجز الناجم عنها. ويقوم الطبيب في إطار عملية التقييم هذه بإجراء التالي:

* مراقبة المريض عن قرب.
* ملاحظة أي حركات غريبة عند المريض.
* إكتشاف إمكانية وجود مسببات كامنة لحالات شذوذ خصوصاً تلك التي لا يمكن ملاحظتها في المرحلة الأولى.
* إجراء فحوص وتحاليل واختبارات محددة لتعليل المسببات الكامنة.
* معرفة ما يبدو أنه يساعد المريض على تأدية مهامه الجسدية والذهنية بشكل أفضل.
* تحديد الأهداف العلاجية الملائمة على المدى القصير والمدى البعيد.

* تحديد ما يمكن أن يفعله المريض ضمن مرحلة التشخيص.
* تحديد مدى وجود حالات شذوذ معينة يمكن أن تُقيِّد حصيلة العلاج وتؤثر في أهدافه.
* تحديد البرنامج العلاجي.

أساليب التشخيص وأدواته

إن إجراء فحص شامل هو أكثر من إجراء فحوصات عدة للدم وبعض الصور بأشعة إكس ودراسة التاريخ الصحي لعائلة المصاب. ويتم تمييز التفاصيل التشخيصية وإثبات بعض النقاط من خلال الاختبارات التشخيصية التالية:

1 ـ تخطيط صدى القلب echocardiogram أو الصورة الصوتية للقلب ultrasound

تعد هذه الإجراءات خطوة أبعد من التخطيط الكهربائي للقلب (EKG) electrocardiogram وهي تستند إلى استعمال الصوت كلاقط أو مكتشف لأي اعتلال، وهي مفيدة على الأخص لاكتشاف المصدر القلبي الممكن للسكتة الدماغية التجلطية. وهنا يتم وضع أداة متصلة بحاسوب في قلب المريض أو عنقه وذلك يسمح لموجات الصوت بالارتجاج مضخمة من جدران القلب وصماماته الأساسية وشرايين العنق. ويتم تسجيل ذلك الصدى بالموجات الصوتية (الذي يعرف بالصورة الصوتية) وتحليله بواسطة الحاسوب المتصل بالأداة المذكورة. وفي حال وجود جلطة دموية، سواء كانت مستقرة على جدار القلب أو الشرايين أو متجولة صعوداً إلى الدماغ تختلف الموجات الصوتية المرتدة إلى الأداة الصوتية.

2 ـ مسح طبقي حاسوبي Computed tomography (CT) scan

بعد إجراء فحوصات الدم والبول وصور أشعة إكس للمريض يطلب الطبيب عادة إجراء هذا المسح وغالباً ما يتم إجراء هذا الفحص كفحص أولي في

إطار الحصول على معلومات محددة تبين السكتة الدماغية ونوعها وموقعها. ويستلقي المريض داخل تجويف ضخم ويتم وصل آلة المسح بالحاسوب والتقاط صور معقدة من داخل الدماغ طبقة تلو الأخرى لمختلف شرائح النسيج الدماغي.

ورغم أن هذا الإجراء يعد وسيلة تشخيصية جيدة لإبراز أي تورّم أو آفة (إصابة) أو نزيف في الدماغ فإنه ليس جيداً كثيراً في تفصيل حدةً السكتة الدماغية خصوصاً إذا كانت تلك السكتة قد حصلت مؤخراً. وكذلك ليس الإجراء فعالاً في تحديد السكتات التي تحصل في جذع الدماغ أو تحديد نوبات احتباس الدم العابرة TIA.

3 ـ التصوير المغناطيسي MRI

في العقد الأخير أصبح التصوير المغناطيسي أو بالرنين المغناطيسي الوسيلة المختارة لتحديد حدة السكتة الدماغية ونوعها وموقعها. والجهاز العامل هنا ببساطة هو مغناطيس قوي النقل أو البث للذبذبات المغناطيسية بحيث يولِّد طاقة مغناطيسية قوية يمكنها وبمساعدة الذبذبات اللاسلكية أن تلتقط صوراً للدماغ. ولأن الصور هنا مستندة إلى مبادىء عمل الجزيئيات molecular لا توجد قيود على التصوير المغناطيسي MRI مثل تلك الموجودة في المسح الطبقي الحاسوبي CT scab. ويمكن للتصوير المغناطيسي أن يلتقط صوراً للدماغ عبر أي بنى عظامية، ويمكنه أن يصور ويبين تفاصيل فائقة التحديد وغير عادية لمساحات محددة ودقيقة داخل الدماغ. ويمكن للصورة المغناطيسية أن تظهر أي مساحات من الدماغ سبق لها وتضررت خلال سكتة «صامتة»، أي لم تبرز عوارضها، وبإمكانها أيضاً أن تُبرز الموقع المحدد لتلك السكتة وحجمها. ولا تستند الصورة المغناطيسية إلى استعمال إشعاعات إكس أو صبغة اليود وبالتالي هي أكثر أماناً من المسح الطبقي الحاسوبي.

4 ـ المسح الطبقي البوزتيروني PET scan:

وهو وسيلة تشخيصية تذهب بالصور إلى ما هو أبعد من الوسائل

الأخرى. ويعد المسح الطبقي المستند إلى بث البوزتيرون (إليكترون إيجابي positive electron أو كهيرب طليق) معجزة علم الكيمياء والتقنية، وهو يصنع خريطة للنشاط الأيضي (استقلاب أو تبدل الخلايا) لمختلف المواد الكيميائية في الدماغ عبر حقن سائل مشع radioactive أو فاعلي الإشعاع سريع الحركة و «مُطارَد». ويتم عبر هذا الإجراء التقاط صور للتفاعلات البيوكيميائية التي تحصل خلال رحلة السائل المذكور عبر الأوعية الدموية في الدماغ ويمكن للتفاصيل المذهلة التي تبينها الصور أن تظهر انعدام النشاط الناتج عن السكتة الدماغية وهو يصور حالات الاشتباك العصبي المحددة synapses التي توقفت أو «جفت» أو ساء عملها كمنطقة سوداء ساكنة.

ومن الأكثر احتمالاً أن تتمكن عمليات المسح بواسطة هذا الإجراء، أي المسح الطبقي البوزتيروني من إظهار لماذا يملك بعض المصابين بالسكتة الدماغية مشاكل عقلية أو نفسية أكثر من الآخرين حتى لو كان التضرر الفعلي والمادي للدماغ قليلاً جداً.

5 ـ التصوير الوعائي أو تخطيط الأوعية Angiography:

لا يزال هذا الاختبار هو الأفضل لتصوير شرايين المخ وبالتالي تصوير أي تغيرات مَرَضية ناتجة من السكتة الدماغية. ويتم تحليل صور الأوعية الدموية في العنق والدماغ من خلال حقن مادة صبغية عبر أنبوب بلاستيكي لتتجول عبر تلك الأوعية. ويمكن للأطباء من خلال ذلك رؤية ما إذا كان يوجد أي تضيّق في الشرايين والأوعية ناتج من جلطات دموية أو إصابات مع مرور المادة الصبغية. لكن لسوء الحظ يعد التصوير الوعائي «عدواني» بمعنى أنه ينزع إلى غزو الأنسجة السلمية وبالتالي توجد له مخاطر. ويمكن للأشخاص الذين يخضعون لهذا الاختبار أن يصابوا بحساسيات مهددة لحياتهم بسبب المادة الصبغية الغازية التي تحقن لجعل الأوعية مرئية. لكن ما هو جيد في الأمر أن التكنولوجيا الجديدة واستعمال مواد صبغية محسّنة قد خفضا كثيراً من تلك المخاطر.

6 ـ اختبار FIM أو اختبار قياس الاستقلالية في المهام العقلية والجسدية

وهو اختبار تقييمي أكثر منه اختباراً فعلياً وهو كما يبدو من اسمه يقيس قدرة المصاب بالسكتة الدماغية على تنفيذ مهامه ويحدد المستوى الذي يكون المريض عنده قادراً على العناية بنفسه ويحدد مدى قدرته على الحركة. ورغم أنه من الممكن لمريض بالسكتة الدماغية أن يكون مستقلاً ذاتياً رغم تضرر دماغه لكنه غالباً ما توجد علاقة بين الاثنين، وكلما زاد تضرر الدماغ تناقصت استقلالية المصاب في تنفيذ مهامه. ويشمل اختبار الاستقلالية هذا تقييماً مفصلاً يضم كل نواحي إعادة التأهيل بما فيها:

* قدرة المريض على إطعام نفسه بنفسه.
* قدرة المريض على الاستحمام.
* قدرة المريض على البقاء نظيفاً.
* قدرة المريض على السيطرة على أمعائه ومتانته (التغوط والتبول).
* قدرة المريض على ارتداء ثيابه.
* قدرة المريض على الانتقال من الكرسي إلى السرير.
* القدرة على المشي أو استعمال الكرسي النقال.
* قدرة المريض على حل المشاكل.
* قدرة المريض على الفهم.
* قدرة المريض على التعبير عن ذاته.

وتعطى كل ناحية أو قدرة من هذه القدرات علامة ضمن سبع نقاط تتراوح بين الاعتماد الكلي على مساعدة الآخرين (العلامة 1) وصولاً إلى الاستقلالية التامة (العلامة 7). وإذا مزج هذا الاختبار باختبار التصوير المغناطيسي MRI أو أي وسيلة تشخيصية أخرى للدماغ والجهاز العصبي فإنه يمكن وضع صورة دقيقة نسبياً عن الضرر الناتج من السكتة الدماغية والنجاح المحتمل لبرنامج إعادة التأهيل.

واختبار الاستقلالية FIM هو الأكثر اعتماداً واستعمالاً بين كل اختبارات المهام التنفيذية للمصاب بالسكتة الدماغية ويُستعمل في كل مراكز إعادة تأهيل

المرضى بالسكتة الدماغية ودُور العناية بهم.

إختبارات القدرة اللغوية مهمة أيضاً لأن الشفاء من السكتة الدماغية يتضمن ما هو أكثر من القدرة على الحركة والعناية بالذات ويفرض تشخيصاً أبعد من التشخيص الجسدي. وتعد الإعاقة اللغوية أو الحبسة aphasia عارضاً شائعاً للسكتة الدماغية، وهنا توجد عدة اختبارات تساعد في تحديد مدى أو حجم الإعاقة اللغوية وكل ما يتصل بها من اعاقة حيث يتم توجيه أسئلة وأوامر عدة لتحليل القدرة على فهم الكلام المقروء والقدرة على النطق والكلام وفهم الكلام المسموع والقدرة على النسخ والتكرار، وفي النهاية القدرة على الإدراك. وأقدم مثلاً واحداً أو نموذجاً عن الأسئلة التي توجه للمريض كالتالي:

«دخل أحد الزبائن إلى فندق حاملاً رزمة حبال بيد وحقيبة باليد الأخرى، فسأله موظف الاستقبال في الفندق: عفواً سيدي، هل يمكنك أن تخبرني سبب إدخالك الحبال إلى الفندق؟ فأجابه الزبون: أجل فالحبل هو للنجاة من النيران! فردّ الموظف قائلاً: آسف سيدي ولكن يجب على كل النزلاء الذين يحملون حبالاً إلى الفندق أن يدفعوا رسماً مسبقاً عن ذلك.

الأسئلة:

* هل كان الزبون يحمل حقيبة في كل يد من يديه؟
* هل كان الزبون يحمل شيئاً غير عادياً بيد واحدة؟
* هل كان موظف الاستقبال في الفندق يثق بذلك الزبون؟
* هل كان موظف الاستقبال في الفندق يشك في ذلك الزبون أو يشتبه به؟

إختبارات مهارات الإدراك والفهم مماثلة لاختبارات اللغة مبدئياً لكنها موجهة بشكل أساسي لاختبار الذاكرة والقدرة على الفهم والمعرفة ولها أسماء مختلفة وتشمل اختبار مجال الانتباه السمعي والبصري والقدرة على وضع الأمور في تسلسل منطقي، فضلاً عن مهارات الكتابة حتى القدرة على فهم النكتة. وأقدم هنا مثلين على أسئلة توجه للمريض في هذا الإطار:

ماذا قال البحر للشاطىء؟

- عندي سمك.
- لم يقل شيئاً بل اكتفى بالموج.

ـ البحر لا يتكلم.

ويطلب من المريض اختيار الجواب الصحيح.

والمثال الثاني هو:

ما هي المدينة التي تعيش فيها الآن؟

ما هي السنة الحالية؟

ما هو عمرك؟

عيد ميلادك متى؟

أخيراً هنالك اختبارات تقييم المزاج النفسي، خصوصاً أنه كما رأينا من قبل، فإن الاكتئاب مميز للحالة النفسية للمريض بعد إصابته بالسكتة الدماغية، خاصة في حالات الانسداد في النصف الكروي الأيسر في الدماغ. ويمكن للاكتئاب أن يخرب جهود إعادة التأهيل ويمكن لتبدل المزاج أن يؤثر في حصيلة إعادة التأهيل وتركز بعض الاختبارات على إماطة اللثام عن الاكتئاب «المقنّع»، أي الحالات التي تخفي اعتلالاً اكتئابياً كامناً وغير ظاهر.

هذه إذن هي الوسائل التشخيصية للسكتة الدماغية والتي تساعد في تحديد حدتها البرنامج الملائم لإعادة التأهيل وعما إذا كان ذلك يجب أن يكون من خلال الأدوية أو الجراحة أو العلاج التدريبي أو مزيج منها كلها. والآن ننتقل إلى مرحلة العلاج وأهم جانب في ما يلي حصول السكتة الدماغية وهو: إعادة التأهيل.

الفصل العاشر

التماثل
للشفاء بالأدوية

«لم أظن أبداً أن الأدوية سوف تعطي نتائج جيدة لكن هذا ما حصل فعلاً وببساطة أظن أن الأدوية هي أهم عامل في منع حصول السكتة الدماغية مرة ثانية».

أسماء بعض الأدوية التي تؤثر في ضحايا السكتة الدماغية وتساعدهم على الشفاء بوسيلة أسهل وأفضل وتساعدهم أيضاً على استعادة حياتهم الطبيعية والتي تمنعهم من الإصابة ثانية هي: هيبارين Heparin تيكلوبيدين هيدروكلورايد ticlopidine hydrochloride ونيموديبين nimodipine وحتى أسبيرين الأطفال.

اليوم وبسبب التطورات التي حصلت في علم الأعصاب وعلم الأدوية والتقنيات العلمية أصبح العلاج بالأدوية أكثر فعالية، وأصبحنا نعرف اليوم بنية الدماغ والمسالك الدقيقة للدم ومكوّناته مع تدفقه عبر مجاري الجسد. ونعرف أيضاً منهجية تجلط الدم وعواقبها البيولوجية والعصبية والنفسية.

ولمساعدتك في فهم معنى العلاج نذكر أكثر الأدوية استعمالاً في معالجة السكتة الدماغية. ولكن يجب أن تلاحظ أن لائحة الأدوية هذه ليست سوى مدخلاً مختصراً للعلاج بالأدوية، ولا يمكن لأي دواء أن يكون بديلاً عن الطبيب، ويجب عدم تعاطي أي من تلك الأدوية دون إشراف الطبيب.

الأدوية المضادة للتجلط وتخثر الدم (Anticoagulants)

استعمال هذه الأدوية منطقي لأن معظم الانسدادات تحصل بسبب انسداد الشرايين وتخثر الدم، وهكذا فإن الأدوية التي يمكنها أن تمنع الدم من التخثر يمكن أن تؤثر كثيراً في منع حصول السكتة الدماغية. لذلك تم استنباط الأدوية المضادة لتخثر الدم، وعلى الرغم من أن معظم الناس يقولون إن هذه الأدوية «ترقق» الدم لكن هذا ليس صحيحاً حقاً، بل هي توجد ظروفاً أقل ملاءمة لحصول التخثر والتجلط وبالتالي تقلّل من احتمالات حصول التخثر. ويُستعمل دواء هيبارين (Heparin) المضاد للتخثر مباشرة في الأوعية الدموية، ويقتصر استعماله على مرضى المستشفيات، وفي مرحلة لاحقة وبعد خروج المريض من المستشفى يُستبدل الدواء بدواء آخر هو كومادين (Coumadin) وهو دواء آخر مختلف عن الأول ومضاد لتخثر الدم، مخصص للاستعمال خارج المستشفى.

لكن هناك مخاطر لهذه الأدوية؛ فدواء كومادين مثلاً يُستعمل فعلياً بجرعاته العالية سُمًّاً للجرذان، ويمكن لهذه الأدوية أن تسبب نزيفاً دموياً داخلياً خطيراً، وبالتالي لا بد من مراقبة استعمالها بعناية. ويمكن أن يحصل تفاعل مثلاً بين دواء كومادين والكثير من الأدوية الأخرى، فضلاً عن أنه لا بد من إجراء اختبار منتظم للدم طيلة فترة تناول هذا الدواء.

من ناحية أخرى لم تجد الدراسات أن الأدوية المضادة لتخثر الدم هي أكثر فاعلية في منع نوبات احتباس الدم العابرة من دواء الأسبيرين مثلاً فضلاً عن أن لهذه الأدوية الأولى، تأثيرات جانبية أقوى من الأسبيرين. لكن دراسات أخرى وجدت مثلاً أن الأدوية المضادة لتخثر الدم تؤثر في معالجة السكتات الدماغية التخثرية (embolic strokes) التي تبدأ فعلياً في القلب وأنها ناجحة في تخفيض جلطات الدم التي يمكن أن تحصل في القلب. ويمكن استعمال هذه الأدوية خلال الأشهر الستة الأولى التالية للسكتة الدماغية عندما تكون مخاطر إعادة حصولها في أعلى نسبة لها.

الأسماء التجارية للأدوية: كومادين (Coumadin) وهيبارين Heparin.

الأسبيرين (Aspirin)

يساعد دواء الأسبيرين في حالات السكتة الدماغية للأسباب التالية:

* أنه يحسِّن دوران الدم لأولئك الذين يملكون كثافة في الدم وبطئاً في دورانه.
* تخفيض احتمالات تكوُّن جلطات الدم في الدم.
* تخفيض التصاقية لويحات الدم.
* يساعد في الوقاية من السكتة ومنع حدوثها مرة ثانية بفعالية مماثلة لأدوية خطيرة مثل دواء كومادين.

وجدت الدراسات من خلال الإحصاءات أنه يمكن للأسبيرين أن يخفض احتمالات حدوث السكتة الدماغية غير المميتة بنسبة 22 بالمئة. وكذلك يخفض الأسبيرين في حالات المرضى الذين يملكون ارتجافاً أذينياً في القلب (atrial fibrillation) مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية بنسبة 81 بالمئة.

وعلى الرغم من أن نتائج الاختبارات غير حاسمة، يبدو أن الأسبيرين يعمل بشكل أفضل عند المرضى الذين سبق أن أصيبوا بنوبات احتباس الدم العابرة أو بسكتة دماغية سابقة. ويمكن للأسبيرين منع حصول نوبات إضافية وأكثر حدة، وكذلك خفض احتمال الوفاة بسبب أمراض أخرى تصيب الشرايين والأوعية مثل النوبة القلبية.

وهناك تأثير جانبي واحد خطير، إذ وجدت الدراسات أنه يمكن للأسبيرين زيادة مخاطر حصول السكتات الدماغية الناتجة من نزيف في المخ عند أولئك (الذين يملكون ارتفاعاً في ضغط الدم غير خاضع للضبط والسيطرة) أو مصابين بتشوّه في أوعية المخ، أو سبق وعانوا من نزيف في المخ.

وكما في الكثير من الأدوية يكون للجرعة المنخفضة المنافع ذاتها التي

للجرعة العالية، حتى أن بعض الأطباء ينصحون باستعمال الأسبيرين الخاص بالأطفال للمرضى المصابين بالسكتة الدماغية لأنه أسهل على المعدة، وجرعته منخفضة كثيراً. وتتراوح الجرعة الموصى بها بين 80 و325 ملغرام يومياً.

ويمكن أن تشمل التأثيرات الجانبية لدواء الأسبيرين: الغثيان والنزيف الداخلي ومشاكل في الجهاز الهضمي.

الأدوية المضادة لعمل لويحات الدم (Antiplatelet Agents)

يمنع دواء الأسبيرين تخثر الدم، وهو أيضاً عنصر مضاد لعمل لويحات الدم. وفي الماضي تم استعمال أدوية أخرى مضادة لعمل لويحات الدم مثل دواء ديبير يدامول (واسمه التجاري بيرزانتين Persantine) إلى جانب استعمال الأسبيرين، وفي الوقت ذاته، يتم استعمال الدواءين معاً للحصول على نتائج أكثر فعالية. لكن الدراسات الحديثة لم تدعم هذا الافتراض. وقد أظهرت أبحاث أولية أن دواء جديداً هو تيكلوبيدين هيدروكلورايد (واسمه التجاري تيكليد Ticlid) هو أفضل من الأسبيرين للمرضى الذين سبق أن أصيبوا بنوبات احتباس الدم العابرة. لكن لسوء الحظ فإن هذا الدواء مكلف وغالي الثمن، ويمكن أن يسبب عند بعض المرضى انخفاضاً خطيراً في كريات الدم البيضاء. وينصح باستعمال دواء تيكلوبيدين عند أولئك المرضى الذين لا يمكنهم تناول الأسبيرين أو الذين استمرت عوارضهم على الرغم من استعمال الأسبيرين.

دواء نيموديبين (Nimodipine)

ترى الدراسات أن هذا الدواء يمكن أن يخفض حدة السكتة الدماغية والعجز الناجم عنها لكن يجب أن يعطى دواء نيموديبين في غضون 6 ساعات أو 12 ساعة من حصول السكتة الدماغية لمدة ثلاثة أسابيع.

وتشمل المؤثرات الجانبية لهذا الدواء احتمال حصول ارتفاع في ضغط الدم وصداع الشقيقة (migraine).

الإسم التجاري للدواء: نيموتُپ (Nimotop).

الأدوية المضادة للإكتئاب (Antidepressants)

الإكتئاب عارض شائع للسكتة الدماغية ويمكن لما بين 30 و50 بالمئة من كل ضحايا السكتة الدماغية أن يصابوا بالإكتئاب، وما هو أسوأ من ذلك أنهم يبقون عرضة لمخاطر الإصابة بعوارض نفسية مدة سنتين. ويساهم العامل النفسي كثيراً في العجز الناجم عن السكتة الدماغية لأنه يحتم على الشخص المصاب أن يتعامل، إلى جانب العوارض الجسدية للعجز الناجم عن السكتة، مع مشاعر نفسية مثل الإكتئاب الذي يمكن أن يقوِّض تقدم برنامج إعادة التأهيل.

ومع ذلك توجد أخبار جيدة، فالكثير من حالات الإكتئاب هنا لها أساس بيولوجي ويمكن معالجتها بنجاح بواسطة الأدوية المضادة للإكتئاب. ووجدت الدراسات أن أدوية مثل أميتريبتيلين (amitriptyline) وإيميبرامايْنْ (imipramine) (الأسماء الكيميائية) يمكن أن تساعد كثيراً في تخفيف حدة الإكتئاب عند المرضى بالسكتة الدماغية.

بالإضافة إلى ذلك، وُجِدَ أن علاج اكتئاب المريض بالسكتة الدماغية بواسطة الأدوية المضادة للإكتئاب يعزز برنامج إعادة التأهيل الذهني والجسدي عند المريض.

ولكل دواء مضاد للإكتئاب مؤثراته الجانبية التي تشمل الإمساك، ضبابية البصر، احتباس البول، وفي بعض الحالات، الهذيان. وأسوأ ما في الأمر أن هذه الأدوية يمكن أن تتداخل مع القدرات الإدراكية للشخص الذي يتناولها، وبالتالي يتوجب على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار العوارض الفردية المميزة

لسكتة كل مريض عند تحديد ما هو أفضل دواء لذلك المريض.

وعندما يكون الإكتئاب مرضاً أولياً، في غير حالات السكتة الدماغية، غالباً ما يختبر الطبيب استعمال عدة أدوية مضادة للإكتئاب وليس دواء واحداً، ولكن، لسوء الحظ، عندما يكون الإكتئاب نتيجة السكتة الدماغية قد لا يتمكن الطبيب من فعل ذلك. وإذا لم يحصل تحسن في غضون 4 إلى 6 أسابيع من استعمال دواء واحد مضاد للإكتئاب من الأكثر احتمالاً عندها ألا تنفع أدوية أخرى مضادة للإكتئاب.

الأسماء التجارية للأدوية المضادة للإكتئاب: إيلاڤيل (Elavil) توفرانيل (Tofranil) و بروزاك (Prozac).

حبسة الكلام (Aphasia):

ويمثل خللاً في استعمال اللغة، وهو عارض شائع بين المصابين بالسكتة الدماغية وعلى الرغم من أنه قد ثبت أن إعادة التأهيل الجسدي والذهني والكلامي تساعد في الشفاء، وجد أيضاً أن عالم الأدوية يساعد أيضاً في هذا المجال. فعندما يحصل عَمَه الكلام على شكل عدم القدرة على الكلام أو التلعثم فيه أو عدم القدرة على استعمال الكلمة المناسبة وجد أن دواء اسمه بروموكريبتين (bromocriptine) (واسمه التجاري (Parlodel)) يعمل على المادة الكيميائية المسماة دوبامين (dopamine) في الدماغ فيحسّن كثيراً قدرة الاتصال مع الآخرين عند بعض المرضى.

الأدوية المهدئة للأعصاب (Tranquilizers)

يمكن أن تساعد هذه الأدوية، كغيرها من الأدوية المضادة للإكتئاب، في تخفيض القلق النفسي المرافق للسكتة الدماغية والذي إذا ترك دون ضبط وعلاج يمكن أن يعيق عملية إعادة تأهيل المريض.

هذا القلق حقيقي يتمثل بالخوف من حدوث السكتة ثانية أو الخوف من بقائها وكذلك الخوف من الموت. وهذا الخوف الأخير غالباً ما يكون مهيمناً على المريض. وكل حالات الخوف هذه يمكن أن تؤدي إلى هيجان نفسي وهستيريا وأعمال غير عقلانية وعصبية.

وهكذا يمكن للأدوية المهدئة للأعصاب أن تخفّف من تأثير هذه المخاوف ولكن كما في حالة الأدوية المضادة للإكتئاب، لا بد من استعمالها في ظل مراقبة طبية لأنها يمكن أن تتداخل مع القدرات الإدراكية للشخص الذي يتناولها. وأهم المؤثرات الجانبية لهذه الأدوية: الدوخة، الدوار، وربما الإدمان.

الأسماء التجارية لهذه الأدوية: ڤاليوم (Valium)، زاناكس (Xanax) وأتيڤان (Ativan).

الأدوية المضادة للتشنجات (Anticonvulsants)

يمكن لمعظم ضحايا السكتة الدماغية أن يصابوا بتشنجات (seizures). لكن هذه التشنجات غير شائعة. وعندما تصيب التشنجات أي شخص بسبب السكتة الدماغية، يمكن مساعدته بواسطة الأدوية المضادة للتشنجات التي غالباً ما تضبط الحالة. أما المؤثرات الجانبية لهذه الأدوية فتشمل: الغثيان، الدوخة، وشذوذاً في عمل الكبد.

الأسماء التجارية للأدوية: تيغريتول (Tegretol)، ديلانتين (Delantin)، وديباكوت (Depakote).

استئصال بطانة الشريان (Endarterectomy)

لم تحصل التطورات العلاجية في مجال الأدوية فقط لعلاج ضحايا

السكتة الدماغية، فالجراحة أيضاً أصبحت أكثر تقدماً وتطوراً وتعقيداً، وفي هذه الحالة الجراحية، أي استئصال بطانة الشريان، تتم إزالة الجلطات الدموية والترسبات الدهنية التي تسد الشريان السباتي في العنق. وعلى الرغم من أن هذا الإجراء قد أظهر بعض النجاح لكن لا يُعد الحل المثالي لكل مصاب بالسكتة الدماغية إذ توجد مخاطرة ضئيلة بعدم إزالة كل المواد المسببة للتجلط بحيث تُنزع جلطات صغيرة من مكانها دون استئصال ويحصل أن تتجول وصولاً إلى الدماغ مسببة سكتة دماغية أخرى أكثر حدة. إضافة إلى ذلك توجد مخاطر للعملية الجراحية نفسها مثل النزف وتعقيدات ناتجة من التخدير العام للمريض.

لكن الدراسات وجدت أن المرضى المصابين بشرايين سباتية ضيّقة جداً والذين سبق لهم أن عانوا من نوبات عابرة لاحتباس الدم أو سكتات دماغية يمكن أن ينتفعوا كثيراً من استئصال بطانة الشريان المصاب. لكنه في النهاية، كما في أي جراحة، من الأفضل الشروع بها بكل حذر.

هذا يُكمل دليلنا المختصر عن الأدوية الخاصة بالسكتة الدماغية، ومع ذلك يوجد المزيد، فإعادة التأهيل هي أكثر من تناول قرص أو قرصين ومراجعة الطبيب بشأن تأثير الدواء. بل يغطي برنامج إعادة التأهيل طيفاً عريضاً من العلاج الجسدي والذهني والكلامي والتطبيقي والنفسي والعائلي وكل هذه العلاجات تعمل معاً وتشمل استعمال الأدوية وهي مصممة لجعل شفاء المريض بالسكتة الدماغية ممكناً.

الفصل الحادي عشر

إعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية

«لم أكن أعرف إمكانية إعادة تأهيل المرضى قبل إصابة زوجي بالسكتة الدماغية حيث وجدت شبكة كاملة من الدعم من أشخاص ومراكز مزودة بكل المعارف الطبية والأجهزة والمعلومات والنصائح التطبيقية وعندها أدركت أنني لست وحدي.»

زوجة مصاب بالسكتة الدماغية عمره 55 سنة.

لم يكن ممكناً أن تحصل السكتة الدماغية لهذا الشخص لأنه كان دائماً يمارس رياضة كرة المضرب في أيام عطلة الأسبوع، وكان يبتعد عن الأطعمة الدهنيّة ولم يكن يعاني من أي ضغوط. بالإضافة إلى ذلك كان هذا الشخص يملك رصيداً في البنك، ووظيفة جيدة، وأرسل أولاده ليتعلموا في الجامعة، وكانت له زوجة يحبها كثيراً ونادراً ما كان تفكيره مأساوياً وحزيناً.

ذات يوم، بعد الظهر، بينما كان جالساً في مكتبه، أحس باندفاع الدم في أذنيه وسرعان ما فقد وعيه. وعندما استعاد وعيه وجد نفسه في مركز العناية الفائقة في إحدى المستشفيات وكانت زوجته ممسكة بيده ومحاطاً بمختلف أجهزة المراقبة.

وهكذا نتعرف هنا إلى شخص عادي بلياقة جسدية معتدلة، وخالٍ إلى حد ما من الضغوط النفسية، ومع ذلك لم يكن يملك مناعة ضد الإصابة بالسكتة الدماغية.

وعندما فتح المصاب عينيه، تجمع حوله فريق من الأطباء لفحص تجاوبه، وتحديد ردود فعله في محاولة لتحديد مدى الإصابة ودرجتها. وشرع ذلك الفريق من الأطباء في الأسابيع التالية للإصابة بإجراء الكثير من الفحوص التشخيصية التي سبق وصفها في الفصل 9 بما فيها تصوير CT أو التصوير الطبقي الحاسوبي، والتصوير المغناطيسي MRI وتخطيط صدى القلب، وتصوير الأوعية. وعملت عدة اختبارات تقييمية على تحديد حدة السكتة الدماغية إلى جانب الاختبارات الخاصة بالقدرات الذهنية للمصاب.

ماذا كانت نتيجة تلك الفحوص؟ لقد أصيب هذا الشخص بانسداد تخثّري في الفص الصدغي الأيمن من مخه، الأمر الذي أدى إلى ضعف النطق عنده، وفقدان ثانوي للذاكرة و«فالج شقّي»، أو شلل في الجانب الأيسر من جسده.

ما هو العلاج لهذه الحالة؟ يكون العلاج أولاً بالأدوية من خلال دورة علاجية بدواء هيبارين (heparin) تحت مراقبة دقيقة من قبل الطبيب، وكذلك استعمال دواء الأسبيرين، وأدوية خاصة لعلاج ارتفاع ضغط الدم. ويتم مزج العلاج الدوائي ببرنامج كامل لإعادة التأهيل، يشمل علاجاً جسدياً وعلاجاً للنطق، وعلاجاً لتنفيذ المهام الدماغية والمهارات، حتى يستعيد المريض قوته واستقلاله عن مساعدة الآخرين.

وهكذا كان التكهن بطبيعة الإصابة جيداً ولم يظهر أي وجود لأي ضرر دائم، وحقيقة أن المريض لم يبق فاقداً وعيه مدة طويلة كانت علامة ممتازة، وتأكد ذلك من خلال تقدم حالة المريض في الأسابيع التالية لإصابته.

أما بالنسبة إلى عائلة المصاب فشعرت بأن محنتها قد انتهت بمُجرّد ما أن فتَحَ المريض عينيه، لكن الحقيقة هي أن مهمة العائلة العلاجية بدأت منذ تلك اللحظة.

فأولاً يوجد دور لعلاج السكتة الدماغية نفسها. وبعد ذلك يأتي برنامج إعادة التأهيل الذي لا يستند فقط إلى فريق عامل من الاختصاصيين في هذا المجال بل يستند أيضاً إلى دور عائلة المصاب في مساعدته.

عملية إعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية

لا تحصل عملية إعادة التأهيل في إجراءات منفصلة فالعمل مثلاً على تمرين الأطراف السفلى للمريض لا يحصل بمعزل عن التمارين الخاصة بالنطق والحواس ولا تتكون العملية مثلاً من ثلاثة أسابيع مخصصة للتقويم والتنشيط، يتبعها ستة أسابيع مخصصة للنطق انتهاء بأربعة أسابيع مخصصة لإعادة تعلّم مهارات أساسية مثل استعمال الشوكة والسكين في تناول الطعام وتعلم كيفية ارتداء الملابس.

تحصل عملية إعادة التأهيل في مختلف نواحيها في الفترة الزمنية ذاتها وفي بعض الأحيان ضمن يوم واحد في إطار بنيان متعدد النواحي.

ويعمل أعضاء فريق إعادة التأهيل معاً في تطبيق وتأكيد هذه المقاربة المترابطة لمختلف نواحي العلاج وتعزيزها، فيعرف الطبيب الخاص بعلاج النطق مثلاً مدى تقدم المريض وتجاوبه مع العلاج اللغوي والإدراكي، ويعرف طبيب المهارات الذهنية مكانة المريض في إطار النشاطات اليومية في العيش ومدى ممارسته لها. ويعمل كل عضو في الفريق بالتنسيق مع العضو الآخر وبحيث يكون الاتصال بينهم متواصلاً فيما يخص تقدُّم المريض حتى أنه قد يحصل في بعض الأحيان عمل عضوين أو أكثر من الفريق على معالجة المريض في الوقت ذاته لأن إعادة التأهيل في أمر محدد تساعد في ممارسة أمور أخرى.

وهكذا لا تحقق هذه المقاربة العلاجية المتعددة النواحي فقط، إعادة تعزيز المهارات الحيوية للشخص المريض، بل تساهم أيضاً في إبقاء اندفاع المريض ورغبته في الشفاء قوية خصوصاً في حال ترافق السكتة الدماغية بالإكتئاب. لهذا يجب إرفاق علاج مهارات المريض بعلاج الإكتئاب وفي الوقت ذاته حتى لا تتأثر دوافع المريض في الاستمرار بالعلاج.

تبدأ إعادة التأهيل منذ إدخال المريض إلى مركز العناية الفائقة في المستشفى

فور دخول المصاب بالسكتة الدماغية إلى مركز العناية الفائقة في المستشفى يتم تعيين فريق طبي خاص به، وفي هذه المرحلة يتكون الفريق أساساً من أطباء وممرضات وممرضين وأشخاص مختصين بعلاج نواح معينة. ويبدأ هذا الفريق بإجراء فحوص تشخيصية أساسية لتحديد حدة السكتة الدماغية، ويقوم الفريق بأعطاء الأدوية الضرورية ومراقبة نتائجها وتكون تلك الأدوية مخصصة لإيقاف تقدم السكتة الدماغية ولمنع أي ضرر لاحق. كذلك يعمل الفريق الطبي على فحص أي علامات جسدية ناتجة من السكتة مثل الانتفاخ والتورم أو الإستسقاء بحيث يتجمع السائل في الجسد ويسبب ضغطاً في الجمجمة وبالتالي يعمل على منع حصول ذلك. كذلك يتأكد الفريق الطبي من منع حصول سكتات دماغية ثانية ومن أن المساحات «الملطّخة» أو المصابة في الدماغ لا تكبر بحيث لا تمتد الإصابة إلى مساحات أخرى.

عناصر برنامج إعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية

يوجد 15 عنصراً أساسياً في كل برنامج إعادة تأهيل، توفره المستشفيات للمصاب بالسكتة الدماغية. وقبل أن تحدد المستشفى الذي ترغب في نقل قريبك المصاب إليه تأكد من توافر العناصر التالية في البرنامج التأهيلي الذي يوفره المستشفى:

1 ـ تقييم وتحليل كامل حاجات المريض بما فيها الأدوية المطلوبة.

2 ـ العلاج الجسدي الذي يرتكز على إعادة تأهيل قوة المريض وقدرته على الاحتمال وقدرته على الحركة.

3 ـ التمرين على ممارسة النشاطات اليومية.

4 ـ إعادة التأهيل الذهني والإدراكي للتعويض عن أي فقدان للذاكرة والمحافظة على ما تبقى منها ولعلاج أي عجز في تقييم الأمور وأي خلل في القدرة على التخطيط وأي مشاكل في الانتباه الذهني.

5 ـ علاج النطق واستعمال اللغة.
6 ـ علاج أي خلل في القدرة على البلع.
7 ـ علاج القدرة الجنسية.
8 ـ العلاج السلوكي.
9 ـ دور عائلة المصاب في العلاج وتقديم النصائح لأعضاء عائلته للمساعدة في إعادة تكيّف المريض مع محيطه ومع الضغوط التي تمليها البيئة التي يعيش فيها.
10 ـ علاج القدرات الاجتماعية ومهارات الاختلاط بالآخرين والعلاج الذي يشمل أوقاتاً للتسلية واللهو.
11 ـ علاج يشمل تشجيع المريض على مهارات ومهن معينة.
12 ـ إعادة تدريب المريض على مهارات ومهن معينة.
13 ـ تعيين شخص يرافق المريض باستمرار ويكون متوافراً لمساعدة عائلته حتى بعد خروجه من المستشفى.
14 ـ مدى سماح وقت الطبيب للمساعدة والعلاج حيث يمكن للطبيب أن يكون منشغلاً بأمور أخرى. ولا يتابع المريض يومياً. وهنا لا بد من طلب مواعيد محددة من الطبيب لمتابعة حال المريض والإجابة عن أسئلة العائلة.
15 ـ توافر شهادة بكفاءة المستشفى في إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية.

وباختصار تتركز العناية الطبية في المرحلة الأولى على إنقاذ حياة المريض المصاب بالسكتة الدماغية.

خلال وجود المريض في مركز العناية الفائقة تكون أشكال إعادة التأهيل مستترة بمعنى غير فاعلة، فإذا كان المريض في غيبوبة يقتصر دور الطبيب المعالج على تحريكه من وقت إلى آخر لمنع انكماش العضلات ولمنع التقرحات الجسدية بفعل النوم الطويل في السرير. وقد يتطور دور الطبيب إلى محاولة التنبيه الحسي المتعمد للمريض لإفاقته من الغيبوبة، ويكون ذلك بمحاولة التخاطب معه أو تشغيل الموسيقى حوله.

لكنه سواء كان المريض فاقداً وعيه أم لا، لا بد من مراقبة العلامات الجسدية الناتجة من السكتة الدماغية وعلى مدى 24 ساعة في اليوم.

ويتضمن نشاط إعادة التأهيل في المستشفى في المرحلة الأولية مساعدة المريض على ارتداء ثيابه وعلى الاستحمام والتنظيف وممارسة سائر النشاطات اليومية حتى تتعزز قدرة المريض على ممارستها لاحقاً، وعلى العودة إليها. ويساهم البرنامج التأهيلي الباكر في إبعاد التعقيدات الناتجة من يأس المريض والتي يمكن أن تعيق نجاح البرنامج. وهكذا ومن خلال الشروع بتنفيذ برنامج إعادة التأهيل باكراً يخضع المريض للمراقبة منذ اللحظة الأولى من استفاقته سواء من الغيبوبة أو في الصباح وذلك يعطيه أملاً واقعياً في الشفاء.

ومع إستقرار حالة المريض في المرحلة الأولى في مركز العناية الفائقة بحيث يصبح أكثر إدراكاً لما يحيط به قد يتحول إلى الاكتئاب النفسي، لكن تقدم العلاج واستعمال الأدوية الملائمة غالباً ما يقودان إلى انخفاض مهم في درجة ذلك الاكتئاب.

الصفات العامة لإعادة التأهيل

لا توجد قواعد ثابتة لإعادة تأهيل المريض بالسكتة الدماغية ولا توجد قواعد للتنبؤ بنجاح أو فشل إعادة التأهيل حتى أن الخبرة لا تفيدنا. فكل ما نعرفه هو أن برنامج إعادة التأهيل مفيد، أما لماذا فلا نعرف.

والحقيقة هي أنه من الصعب قياس درجة استعادة الدماغ قدراته بشكل محدد كما هي الحال في قياس ومعرفة الضرر الذي تسببه السكتة الدماغية نفسها. وذلك لأن الدماغ في الحقيقة هو نتاج عدة عناصر وعوامل ـ منها البيئة والمحيط والعوامل الموروثة وعوامل كيميائية أيضية خصوصاً بدرجة أيض الخلايا في الجسد (metabolism) ـ بحيث من الصعب قياس عمل الدماغ الصحي غير المعتل بدقة، الأمر الذي يجعله من الأصعب لقياس عمل الدماغ المصاب بالسكتة.

لكن لحسن الحظ تتوافر لنا معرفة كبيرة في هذا المضمار فنحن نعرف مثلاً أن 90 بالمئة من الشفاء الخاص بعمل الأعصاب يحصل في الأشهر الثلاثة الأولى على الإصابة بالسكتة الدماغية، وهذا ما تثبته الدراسات المختلفة. وقد أجريت دراسة خاصة بالمهام الحركية على (183 مصاباً بالسكتة الدماغية) ووجدت أن معظم التحسُّن قد حصل عند هؤلاء المصابين في الأشهر الثلاثة الأولى التالية من إصابتهم بالسكتة الدماغية. وذلك لا يعني عدم حصول تحسُّن زائد في غضون سنة، لكن هذا التحسن الأخير غير مهم بالمقارنة مع التحسُّن الذي يحصل في الأشهر الثلاثة الأولى التالية للسكتة.

وعلى الرغم من وجود الكثير مما نجهله فقد ثبت أن إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية مفيدة وتعطي نتائج إيجابية خصوصاً على المدى البعيد.

وقد أظهرت دراسة أجريت على مرضى أصيبوا بفالج شقّي أو نصفي بسبب السكتة الدماغية (شلل في جانب واحد من الجسد) أن 83 بالمئة من المصابين قد حسّنوا قدرتهم على المشي، وأن 54 بالمئة منهم قد حسّنوا قدراتهم على تناول الطعام وارتداء الملابس خلال عملية إعادة التأهيل. وهذا ما تثبته دراسات أخرى أظهرت أن إعادة التأهيل تساعد أكثرية المصابين بالسكتة الدماغية خصوصاً في مجال روتين العناية بالذات.

احتباس المخ عند المسنين (Cerebral Ischemia)

لأن السكتة الدماغية تسود أكثر بين المسنين، فلا بد من إعطاء الاهتمام للحاجات الخاصة لأولئك المسنين، وهذا يكون من خلال إجراءات وقائية بما فيها ضبط ارتفاع ضغط الدم والسكري بشكل أفضل وتخفيض مستوى الكوليسترول في الدم ومراقبة عدم الانتظام في عمل القلب وأخيراً التوقف عن تدخين السجائر.

ويمكن للأدوية المختلفة أن تفيد المسن، المصاب بسكتة دماغية، بشكل ناجح شرط أن يتم الشروع باستعمالها في الوقت المناسب لكن لسوء الحظ لا يمكن معرفة الوقت المناسب بالتحديد خصوصاً أن مراقبة مستوى الكوليسترول عند مسن عمره 75 سنة لا تعطي التأثير المطلوب حتى مع استعمال الأدوية، وهنا يكون استعمال الدواء متأخراً. كذلك يقاس الوقت أو الزمن بالنسبة إلى المريض بالسكتة الدماغية بالساعات، فالساعات الست الأولى بعد الإصابة هي الأهم في علاج السكتات الدماغية الحادة.

من ناحية أخرى لا يمكن توقع المعجزات من برامج إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية إذ وجدت إحدى الدراسات أن القدرة على الحركة وقوة الساقين لم تتحسّن كثيراً في الجزء المشلول عند مرضى بالسكتة الدماغية قبل شهرين على الأقل من حصول السكتة. ووجدت الدراسة أيضاً أن المرضى الذين عانوا من الشلل وفقدان الحس الناتج من إصابة الدماغ الأيمن أو الدماغ الأيسر سجلوا أضعف نسبة في القدرة على تحسين المهام الجسدية والذهنية. لهذا يبدو ضرورياً أن يعمل برنامج إعادة التأهيل يدا بيد مع الشفاء العفوي للمريض مع مرور الزمن.

ومع ذلك فإن تحسناً ضئيلاً أفضل من عدم التحسن على الإطلاق، وتبرز حقيقة واحدة من كل الدراسات والاستنتاجات السلبية أو الإيجابية وهي: أن الأسطورة القديمة القائلة بأن ضحايا السكتة الدماغية لا يعيشون بعدها وقتاً كافياً يسمح بإعادة التأهيل لم تعد قائمة، بل أصبحت خطأ كاملاً. وتظهر الأبحاث أن 50 بالمئة من كل المرضى بالسكتة الدماغية يعيشون مدة سبع سنوات ونصف سنة على الأقل والكثير منهم يعيش أكثر من ذلك. وما يفيد أكثر في هذا المجال هو أن المصابين الذين يخضعون لإعادة التأهيل بعد اصابتهم بالسكتة الدماغية يتمتعون بنوعية أفضل في حياتهم اللاحقة.

العناصر السبعة التي يمكن أن تتداخل مع نجاح عملية إعادة التأهيل واعاقتها

1 ـ حدوث حالة ارتخاء وترهل حاد متواصل بحيث يغيب التوتر العضلي الطبيعي وبحيث تكون الساق أو الذراع مترهلة كلياً.
2 ـ ضعف ملحوظ في القدرات الحسية خصوصاً في سكتات النصف الكروي الأيمن من الدماغ والمتصلة بالجهد المتعمد للمرضى وإنكاره.
3 ـ عدم القدرة على البلع أو تناول الطعام، بحيث تكون حادة ومزمنة.
4 ـ انحدار خطير في القدرات الذهنية بما فيها صعوبات النطق واستعمال اللغة وعدم القدرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات والتركيز على العمل الحالي وصعوبات في مهام تنفيذية أخرى.
5 ـ إصابة سابقة بمرض القلب.
6 ـ اكتئاب حاد.
7 ـ غياب الدعم والمساندة العائلية.

العناصر الستة التي تعزز إعادة التأهيل

1 ـ عودة سريعة وعفوية لبعض الحركات الطوعية في العضلات.
2 ـ عدم الإصابة بفقدان حاد في القدرات الحسية والبصرية.
3 ـ بقاء القدرة على بلع وتناول الطعام دون مساعدة بعد حصول السكتة الدماغية.
4 ـ تماسك القدرات الذهنية والإدراكية للمريض إلى حد ما.
5 ـ توافر مزاج إيجابي للمريض وعدم الإصابة بالاكتئاب.
6 ـ توافر الدعم والمساندة العائلية.

ومن الأمثلة الأخرى حول عملية إعادة التأهيل نجد أن المرضى بالسكتة الدماغية الذين خضعوا لإعادة التأهيل في مركز خاص لذلك في المستشفى تقدموا من مستويات دنيا في تنفيذ المهام إلى مستويات أعلى في القدرة على تنفيذ تلك المهام وفي وقت أقصر مما لو تلقوا العناية الصحية في المنزل.

فمن ناحية، يمكن للعناية المنزلية أن تساعد في منع تدهور الحالة الصحية للمصاب بالسكتة الدماغية، بينما تعمل المستشفيات فعلياً على تحسين الوضع الصحي العام للمريض من خلال عملية إعادة التأهيل.

أهداف برنامج إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية

صحيح أنه لا يمكن لبرنامج إعادة التأهيل أن يعيد الحياة إلى الخلايا الميتة في الدماغ أو أن يحقق الشفاء للمريض ضمن فترة محددة أو شفاء المريض كلياً لكن هناك سبعة أهداف يجب أن يسعى إليها كل برنامج جيد لإعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية.

الهدف الأول: التقييم المتكرر العام والشامل للمريض

بسبب تباين مزايا السكتة الدماغية يمكن لحالة المريض أن تتغير كثيراً، بين ليلة وضحاها، وهكذا لا بدّ من تقييم حاجات المريض باستمرار بحيث تعكس أهداف إعادة التأهيل أي تغير حاصل. يمكن في حالات أخرى غير السكتة الدماغية أن تكتفي عملية التقييم بإجراء مسح شامل لتاريخ المريض وإجراء علاج جسدي موسع، لكن في حالات إعادة تأهيل الشخص المصاب بالسكتة الدماغية يجب أن يضم فريق العمل ما يصل إلى 12 شخصاً من الأطباء وعلماء النفس والمعالجين والممرضين الذين يقومون بتحليل المريض بشكل عام وشامل وفقاً لخبرة كل منهم واختصاصه. ويجب أن تشمل أي خطة لإعادة التأهيل كل ما يمكن معرفته عن المريض إلى جانب حاجاته وإمكاناته وغاياته.

الهدف الثاني: تجنّب مضاعفات المرض

فريق إعادة التأهيل الجيد لا يعمل فقط على تحسين وضع المريض بل يراقب أيضاً ويمنع إمكانية تدهور ذلك الوضع، وقبل أي تقدم في عملية إعادة التأهيل لا بد من ضبط تدهور الحالة الصحية للمريض أولاً. وحتى لو كان المريض في غيبوبة يمكن لفريق إعادة التأهيل أن يحاول منع المضاعفات التي

يمكَن أن تنجم عن تداعي العضلات والتهاب المثانة وسوء التغذية والاعتلالات الصدرية بما فيها مرض ذات الرئة (pneumonia).

الهدف الثالث: توفير بيئة منظّمة متماسكة وآمنة للمريض.

توفر مستشفيات إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية إحساساً مريحاً للمريض من حيث أن روتين فترة البقاء فيها غالباً ما يكون متواصلاً وغير منقطع، ويكون العلاج بشكل لا يهدد استقرار المريض. ويمكن أن يتطور العلاج، لكن ذلك التطور يكون وفقاً لقدرات المريض وحاجاته. وأخيراً يجب أن يتحلى أعضاء فريق إعادة التأهيل بالصبر خصوصاً أنه غالباً ما يكون عليهم تكرار الدروس والتجارب حتى تتحقق غايتها.

الهدف الرابع: تعليم المريض استراتيجية العيش

قد لا يعرف أعضاء فريق إعادة التأهيل بالضبط ما هي الخلايا العصبية الباقية بعد موت خلايا أخرى والتي يمكن أن تخضع للإثارة الضرورية أو التنبيه الضروري (stimulation) في إعادة التأهيل. لكن يمكن لذلك الفريق استغلال المهام الذهنية والجسدية التي لم تتأثر بفعل السكتة الدماغية واستعمالها إلى أقصى حد مع تعليم المريض استراتيجيات عيش تعوضه عن القدرات المصابة.

ومفتاح الحل هنا هو: المرونة إذ يمكن للمعالج (therapist) أن يقترح على المريض حركات تعبيرية معينة تعوضه عن عدم قدرته على النطق والكلام. وقد يقترح المعالج أن يقوم المريض بكتابة ما يريد التعبير عنه وأن يسجل أفكاره وروتين حياته على الورق إذ كان يعاني من فقدان الذاكرة. ويعمل معالج الجسد (physiotherapist) على تلقين المريض أساليب لإستعادة قدرته على الحركة.

الهدف الخامس: تشجيع المريض مراراً وتكراراً

ويشمل تشجيع المريض إبراز الأمور الإيجابية والتشديد عليها، قد يكون هذا مجرد شعار جامد لكن الحقيقة الكامنة وراء كل نجاح في إعادة تأهيل

المرضى بالسكتة الدماغية. ويرتكز التشجيع على اللجوء إلى وسائل بديلة عن وسائل المهام والوظائف الجسدية والذهنية التي تضررت بفعل السكتة الدماغية بحيث تعوض المريض نوعاً ما. ويتم تشجيع المريض دائماً على استعمال تلك الوسائل البديلة المقترحة.

الهدف السادس: التشديد على ممارسة نشاطات تطبيقية

قد يوفر علم النفس والعلاج النفسي الأساس الذي يحتاج إليه المريض لتنفيذ مهامه؛ لكن الأهم عند المريض بالسكتة الدماغية هو تنفيذ الحاجات اليومية التطبيقية في حياته أكثر من أي شيء آخر. وهذه المهام اليومية هي التي تساعد المريض على العودة إلى الحياة الاجتماعية وممارسة متطلباتها فضلاً عن متطلبات الحياة الشخصية مثل تناول الطعام وارتداء الملابس وتنظيف الأسنان وغيرها. وهذه المتطلبات اليومية والقدرة على تنفيذها تعيد إلى المريض تقديره لذاته وتعطيه الثقة والاندفاع والتقدم ربما أكثر من أي علاج آخر.

أعضاء برنامج إعادة التأهيل

ناقشنا الأهداف والنتائج المتوخاة من عمل فريق إعادة التأهيل المثمر والمستند إلى الخبرة، وحللنا التحسّن الناتج من تحقيق أهداف إعادة التأهيل. لكن ما يجعل فريق إعادة التأهيل جيداً هو ميزة كل عضو فيه. وقبل أن نتكلم عن خطوات إعادة التأهيل دعونا ننظر بسرعة إلى أعضاء ذلك الفريق:

1 ـ طبيب إعادة التأهيل: ويكون هذا قائد الفريق والمدير الطبي الذي يشرف على كل شيء بما فيها العناية الطبية وبرنامج الأدوية والعلاج والإشراف على عمل سائر أعضاء الفريق. وغالباً ما يكون هذا الشخص طبيب أعصاب متخصص بالاعتلالات الناتجة من السكتة الدماغية أو طبيباً نفسانياً متخصصاً في إعادة تأهيل المرضى.

2 ـ طبيب نفسي عصبي ـ (متخصص بالطب النفساني): (neuropsychologist)

هذا الطبيب يدرس العلاقة الخاصة بين الدماغ والسلوك ويُجري اختبارات وفحوصاً نفسية تشخيصية وتقييم للقدرات الذهنية والإدراكية ودراسة المشاكل السلوكية والبنيان العام للمريض. ويوفر هذا الطبيب أيضاً علاجاً نفسانياً للمريض ذاته فردياً أو ضمن مجموعة ويقدم النصائح النفسية لعائلة المريض.

3 ـ طبيب أو معالج النطق والكلام (speech therapist): يعمل هذا المعالج على تقييم ومعالجة حالات العجز المتصلة باللغة وبالتحديد استعمال تلك اللغة وقراءتها وكتابتها وكيفية النطق بها. وهنا يركز هذا المعالج على الجوانب الذهنية والإدراكية في برنامج إعادة التأهيل، وهذه تشمل الذاكرة والتعليل التجريدي وصنع القرار ومجال الانتباه وحتى القدرة على التفاعل الاجتماعي الذي يساعد بدوره المصاب بالسكتة الدماغية على إعادة اكتشاف فن التخاطب مع الآخرين.

4 ـ الطبيب المعالج للجسد (physiotherapist): يركز هذا الطبيب على المهام الحركية للمريض ويعمل على تحسين القدرة على حفظ التوازن والتنسيق الحركي والمشي واستعمال الكرسي النقّال بالعجلات واستعادة القوة الجسدية والعضلية والقدرة على الاحتمال، وأخيراً على تحقيق وضعية طبيعية للجسد في الوقوف والجلوس.

5 ـ المعالج التطبيقي (occupational therapist): هذا الطبيب يعالج ما هو أكثر من مساعدة المريض في تنفيذ نشاطات الحياة اليومية ويشرف على الروتين التطبيقي الذي يعيد المريض إلى حياة طبيعية شاملة من خلال توفير تمارين لتحريك الأعضاء والتنسيق بين القدرة البصرية والقدرة على الحركة وغير ذلك. وباختصار يعمل المعالج التطبيقي على تعليم المريض تلك المهام التي تعيد المريض بالسكتة الدماغية إلى نشاطه الاجتماعي.

6 ـ الطبيب المعالج للنفس (respiratory therapist): يتوافر هذا الطبيب في المرحلة الأولى فقط من الإصابة بالسكتة الدماغية ويوفر العناية الصحية اللازمة إذا كان المريض يملك صعوبة في التنفس وذلك لمنع المضاعفات والالتهابات التي يمكن أن تنتج عن الاضطرابات الرئوية خصوصاً مرض ذات الرئة.

7 ـ مسؤول التغذية العيادية: بعد الإصابة بالسكتة الدماغية يمكن أن تتغير

الحاجات الغذائية للمريض أو المصاب فيكون هذا المسؤول عضواً مهماً في فريق إعادة التأهيل وتشمل مسؤولياته أيضاً معالجة فقدان الوزن وتوفير الطعام الذي يساعد في التغلب على مشاكل في الأمعاء وإعطاء تعليمات بتناول وجبة غذائية حاصة لتجنب صعوبة البلع عند المريض.

8 ـ ممرض أو ممرضة إعادة التأهيل: بالإضافة إلى العناية بالحاجات الصحية للمريض ونظافته الشخصية وصحته العامة تساعد ممرضة إعادة التأهيل المريض في كيفية الوصول إلى غايات العلاج في غير أوقات العلاج. وتساعد هذه الممرضة المريض أيضاً على تنفيذ حركاته وفي نشاطاته اليومية وقد تساعده في تناول الطعام.

القواعد الذهبية لاختيار مستشفى إعادة التأهيل

لا بد من زيارة المستشفى قبل اختيارها لمعرفة كل التفاصيل من خلال المراقبة والمعاينة، ويجب التأكد من نظافة المستشفى وتوافر الأمكنة اللازمة لتحقيق مختلف نواحي العلاج وإعادة التأهيل. ويمكنك إجراء مقابلة مع طاقم العلاج وإعادة التأهيل ومراقبة عملهم والتأكد من توافر العدد الكافي منهم ومن عنايتهم القصوى بالمرضى. ويمكنك أن تضع لائحة بالأسئلة التي ترغب الإجابة عنها قبل اختيارك المستشفى المطلوب.

9 ـ المعالج المهني (vocational therapist): الاستقلالية في تأدية الأعمال عنصر مهم في برنامج إعادة تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية ويساعد المعالج المهني المريض على الوصول إلى تلك الاستقلالية من خلال تعليمه بعض المهارات المهنية ومهارات الانتباه والتركيز الذهني المطلوب في العمل ومن خلال الحث على التعاون. وهكذا يساعد المعالج المهني المريض على العودة إلى حياة اجتماعية أفضل وربما حياة عمل جديدة.

10 ـ المعالج الترفيهي (recreational therapist): أوقات التسلية مهمة في العلاج وإعادة التأهيل تماماً كأوقات العلاج، وتُستعمل أيضاً لإعادة تعليم المريض

بعض النشاطات الحياتية المهمة مثل الذهاب إلى السوق للتبضع والطبخ وكيفية تمضية الوقت بالقراءة مثلاً. وباختصار يساعد هذا المعالج المريض على إعادة التأقلم مع العالم الخارجي بحيث تكون المرحلة الانتقالية من المستشفى إلى ذلك العالم هادئة دون صعوبات.

11 ـ مستشار إعادة التأهيل: ويرتكز عمله على تقديم التوجيهات السلوكية ويكون مختصاً بالمضاعفات الاجتماعية للسكتة الدماغية ويعالج الحالة النفسية للمريض من خلال التشاور والنصيحة مع التركيز على علاج أي مشاكل سلوكية. ويعمل المستشار الجيد بالتنسيق مع عائلة المريض ويوفر استراتيجيات تساعد العائلة على التعامل مع مريضها ومساعدته بشكل أفضل. ويساعد المستشار أيضاً في تحديد أو تشكيل أهداف واقعية بعيدة الأمد لحياة المريض في السكتة الدماغية وبالتعاون مع عائلته.

12 ـ المدير الإداري لفريق إعادة التأهيل: وهو الأكثر اتصالاً بعائلة المريض وهو الشخص المخوّل الإجابة عن أي أسئلة ومواجهة المشاكل والحاجات وهو بذلك صلة الوصل بين المريض وعائلته وبين العائلة وسائر طاقم الفريق. ويعمل هذا المدير على شرح الجوانب المختلفة للعلاج للعائلة ويوفر أسماء وعناوين الأشخاص والمراكز التي قد تساعد المريض بعد خروجه من المستشفى. كذلك يعمل هذا المدير على وضع الكلفة المالية لبرنامج إعادة التأهيل والعلاج ويستمر دوره في مساعدة عائلة المصاب حتى بعد خروج المريض من المستشفى ويكون جاهزاً للإجابة عن أي سؤال وحل أي مشكلة وتقديم النصح.

هذا إذن هو فريق إعادة تأهيل المصابين بالسكتة الدماغية وشرحنا قبل ذلك مقاربات وأهداف إعادة التأهيل، وهذا الوصف الشامل لا ينفي أهمية العناصر الجزئية في برنامج إعادة التأهيل. وقد حان الوقت لمناقشة مختلف أنواع علاجات السكتة الدماغية لمساعدة القارىء في فهم كل عنصر في برنامج العلاج يواجهه المصاب خلال مكوثه في المستشفى. وسنناقش في الفصول اللاحقة مختلف العلاجات كلاً على حدة بدءاً بالعلاج الأساسي المتعلق بعلاج الجسد والحركة.

القرار الحاسم بالخضوع لإعادة التأهيل

كلما تباعد الوقت بين الإصابة بالسكتة الدماغية والشروع بإعادة التأهيل تناقصت فرص تحسّن صحة المريض. ومع ذلك قد لا يصح هذا على إصابات المسنين الذين تتداخل عوامل أخرى مع إصابتهم بالسكتة الدماغية وهي التقدم في السن وضعف القدرة على تقييم الأمور وانخفاض درجات الانتباه وقدرات ومهارات أخرى. وهكذا يمكن للتباعد الزمني أن يؤثر في علاجات محددة فقط في حالة المسنين وبالتحديد في معالجة القدرة على الحركة والمشي والانتقال من السرير إلى كرسي الجلوس.

الفصل الثاني عشر

العلاج الجسدي في إعادة التأهيل Physical Therapy

أسوأ ما في إصابتي بالسكتة الدماغية، كان اعتمادي على الآخرين، فعلى الرغم من كل محاولاتي لم أتمكن من التحرك من السرير إلى باب خزانة الملابس أو إلى غرفة الحمام.

مصاب بالسكتة الدماغية عمره 68 سنة

العلاج الجسدي عنصر تكويني هام في عملية إعادة التأهيل ويمكن أن يحقق نتائج في إعادة قدرة المريض على الاعتماد الذاتي وعلى الثقة بالنفس والاستقلالية عن الآخرين.

* عندما استيقظت منى أدركت وجود زوجها إلى جانب سريرها وعرفت أنه كان يمسك بيدها اليمنى، وكان ذلك الإدراك ممكناً فقط لأنها رأته، أما يدها فلم تنبئها بأي شعور أو إحساس وكانت عبارة عن شيء ميت، كما لو أنها كانت يد شخص آخر. لكن بعد أسابيع عدة وبعد ممارسة تمارين مكثفة بدأت تشعر بشيء ما في تلك اليد. وعلى الرغم من أن ذلك الشعور كان خفيفاً لكنه بدأ بالعودة على الأقل.
* تمكّن خالد بمساعدة معالجه الجسدي من النهوض من كرسيه النقّال وصولاً إلى باب الغرفة لكن كان عليه أن يمشي مترنّحاً قليلاً ليحافظ على توازنه، واستغرق تنفيذه ذلك عشرين دقيقة بدلاً من الوقت القصير الذي يستغرقه المشي من قبل شخص لم يصب بالسكتة الدماغية. وقد عاود خالد التمرن على هذه الحركة مراراً، واليوم يختلف الأمر معه، فهو أكثر قدرة على المشي،

وهكذا تعلّم خالد أن التقدم يأتي خطوة خطوة.

* عندما جلست ليلى في كرسيها النقّال أول مرة ظنت أن كل ما كان عليها فعله هو دفع عجلات الكرسي بيديها. لكنها كانت مخطئة، وسرعان ما تعلمت أن تحريك الكرسي يتطلب مهارة مع اختلاف الأرض التي تتحرّك عليها الكرسي، سواء كانت صلبة أو خشنة أو ناعمة وأنه يتوجب عليها تجنب السلالم والأرض الزلقة بفعل الماء أو أي شيء آخر، وبالتالي عدم الخروج بالكرسي تحت المطر.

يخضع هؤلاء الأشخاص المذكورين في الفقرات السابقة لإعادة تأهيل جسدي يشكّل عنصراً تكوينياً رئيسياً في عملية الشفاء من السكتة الدماغية. فاستعادة القوة المتجددة للجسد، والقدرة على الحركة، والقدرة على الاحتمال، والتي تحصل في إطار العلاج الجسدي، تترجم نفسها مباشرة بشكل من أشكال الاستقلالية الذاتية. وتترجم هذه الاستقلالية الذاتية بدورها نفسها في شعور متجدد بالثقة في النفس، وفي الاعتماد على الذات، ، والذي يساعد سائر الجوانب الأخرى في عملية إعادة التأهيل. وهذا الشعور يساعد أيضاً في المحافظة على البواعث الإيجابية عند المصاب، ويبقي الأمل عنده قوياً.

ووجدت الأبحاث أن حركات الجسد هي أولى المهام التي يجب أن تعود بعد الإصابة بالسكتة الدماغية، وفي إحدى المستشفيات تمكن بعض ضحايا السكتة الدماغية من تحريك أصابع أيديهم بفعالية بعد مرور 48 ساعة على الإصابة بالسكتة. وفي الشهر الأول على الإصابة، بدأت الحركات الطوعية لعضلات الجسد بالعودة بدءاً من الكتف ووصولاً إلى الوركين. والحقيقة أن قلق الأطباء يبدأ عندما لا ينجح المُصاب بالسكتة الدماغية في تحريك يديه بعد مرور أسبوعين على إصابته.

ويحصل معظم الشفاء الجسدي في غضون الأشهر الثلاثة الأولى على الإصابة بالسكتة الدماغية. ويختلف تصميم برنامج العلاج الجسدي حسب اختلاف الأعضاء المصابة في الجسد، وحسب المشاكل المتصلة بسكتات

دماغية مختلفة. فهنالك برنامج تمارين خاص للأطراف العلوية، وللأطراف السفلية وللشلل والتشنج، ولكل برنامج تجهيزاته وأدواته الخاصة. وتُستعمل مختلف الأساليب العلاجية في عملية إعادة التأهيل بالتوافق مع موقع حصول السكتة الدماغية ودرجة حدتها.

تقييم العلاج الجسدي

لإجراء تقييم فعال، لا بدّ أن يعرف المعالج الجسدي، الأمور التالية عن المريض الذي يعالجه:

1 ـ تاريخ حالة القلب وشرايينه.

2 ـ حالة الجهاز التنفسي.

3 ـ الوضع الغذائي للمريض.

4 ـ سن المريض، وأي مشاكل متصلة بذلك السن.

5 ـ التاريخ الاجتماعي للمريض.

عنصر القوة والاحتمال والحركة

قبل أن نناقش العناصر المختلفة التي يتضمنها العلاج الجسدي، من المهم إبقاء الحقيقة التالية في ذهننا: بغض النظر عن أنواع التمارين والأدوات المستعملة فيه، وبغض النظر عن حدة السكتة الدماغية وموقعها. يبقى هدف إعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية واحداً وهو: الاستقلالية الجسدية للمريض.

ويتم تحقيق ذلك الهدف من خلال علاجات عدة تركِّز على ما نسميه عنصر .S.E.M أو عنصر القوة والاحتمال والحركة.

1 ـ **القوة**: يمكن للسكتة الدماغية أن تحوِّل العضلات القوية إلى عضلات ضعيفة. وهكذا يحتاج المريض إلى إعادة بناء عضلاته وإعادة تناغمها وقوتها.

2 ـ **القدرة على الاحتمال**: كل مرض يدوم فترة طويلة يُسبّب نوعاً من عدم

النشاط الذي بدوره يخفّض من قدرة الشخص على تمضية النهار دون النوم فترات عدة متكررة. ويمكن لبعض التمارين المحددة في إطار العلاج الجسدي أن تعزّز قدرة المريض على الاحتمال وتُوْقف دورة الضعف المتكررة.

3 ـ **الحركة**: لتحقيق الاستقلالية الكاملة للمريض يجب أن يتعلم هذا الأخير كيفية التحرك ضمن محيطه، سواء بواسطة كرسي العجلات أو أي جهاز آخر يساعده على المشي.

ويتأثر عنصر القوة والاحتمال والحركة بنتيجتين جسديتين تحققهما السكتة الدماغية وهما: التشنج العضلي والشلل. وسواء ضربت السكتة الدماغية الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر من الجسد، وسواء ضربت الأطراف السفلى أو العليا للمريض، فإن هاتين النتيجتين أو الحالتين الجسديتين هما الأكثر إعاقة لإعادة الاستقلالية الجسدية للمريض. وبالتالي يجب أن يتوجه العلاج الجسدي بالدرجة الأولى إلى علاج تلك الحالتين: أي التشنج والشلل. ويتمثل التشنج العضلي بعدم توازن في توتر العضلات وحركتها. أما الشلل فيتمثل بعدم القدرة على الحركة مطلقاً. وكلتا الحالتين تسببان مشاكل جسدية أخرى مثل التورّم أو الألم، ولكن يمكن التغلب على الحالتين بواسطة أنماط مختلفة من العلاج.

الجانب الأول للعلاج الجسدي: علاج الشلل

يعد الشلل النصفي أو الفالج الشقّي النصفي نتيجة شائعة للإصابة بالسكتة الدماغية ويكون كما يمليه الكلام بجانب واحد من الجسد. وهذا النوع من الشلل يعني أن المريض لا يملك أي حركة في الجزء أو المساحة المصابة ولا يمكنه تأدية أي حركة طوعية فيه. والشخص الذي يصاب بالسكتة الدماغية وينجو بحياته منها محتفظاً بالشلل النصفي قد يشعر بارتخاء وإنهاك في جسمه. وعلى الرغم من عدم قدرة المريض على الحركة، فإنه قد يظل يشعر بالألم بذلك الجانب من جسده.

أما الشلل الموقت أو الثانوي فلا يؤثر في نتيجة برنامج إعادة التأهيل لكن الشلل المتطور عند المريض قد يعيق الوصول إلى نتيجة ناجحة لأنه غالباً ما يمتزج بمشاكل أخرى عند المريض. ولقد وجدت إحدى الدراسات أن المصابين بالسكتة الدماغية والذين يصابون باختلال حاد في مهامهم الحركية بسبب تلك السكتة، يكون لديهم أيضاً مشاكل في جوانب مثل كيفية اتخاذ القرار والاتصال بالآخرين وبالقدرة على الإدراك الحسي. وكل هذه الحالات تؤثر سلبياً في برنامج إعادة التأهيل.

من ناحية أخرى، ولحسن الحظ، أنه إذا تم تنفيذ برنامج إعادة التأهيل في الوقت المناسب يمكن التغلب على بعض الضرر الذي أحدثته السكتة الدماغية في توتر العضلات وتناغمها والتوازن الجسدي والتّشنُّج العضلي بغض النظر عن حدة الشلل.

ويشمل علاج حالات الشلل الناتج من السكتة الدماغية ما يلي:

* التمارين المُثقلة لجعل توتر العضلات طبيعياً. وقد تعني وضع ثقل على القدم المشلولة مثلاً بحيث ينبه العضلات لبعض الأعمال.

* تمارين خاصة بوضعية الجسد، وتأتي ضمن روتين لمنع حدوث مشاكل بين العضلات والمفاصل ولمنع تقرحات الجسد وحالات التورم فيه، وكل هذه تنتج عن وضعية معينة تفرضها السكتة الدماغية على المريض. ويتعلم المريض كيفية الجلوس على الكرسي، بحيث يكون إسقاط الوركين والردفين متساوياً ويتعلم وضعية مناسبة للنوم جانبياً، ليس على المعدة والبطن أو على الظهر وذلك لمنع الانزلاق. ويُطلب من المريض تغيير وضعية جسده مراراً خلال النهار لتجنب القروح التي يمكن أن تنتج من وضعية معينة مدة طويلة.

* تحقيق التوازن في وقفة الجسد، تحقيق الاسترخاء وممارسة أساليب معينة لتحقيق وقفات جيدة للجسد تساعد في مواجهة التوتر الضعيف للعضلات وانعكاسه وتواجه الوهن الجسدي العام وضعف الاتصال بين العضلات الذي يؤدي إلى الانحناء كثيراً إلى جانب واحد من الجسد.

وضعية جسد المصاب في الجلوس والاستلقاء

الوضعية الشكلية للجسد هي كل شيء في العلاج الجسدي خصوصاً إذا كان المريض مصاباً بالشلل أيضاً. وأقدّم هنا بعض التوجيهات في هذا الإطار:

* **الجلوس على الكرسي**: يجب أن تكون القدمان مسطحتين على الأرض وأن تكون الكرسي ثابتة ومريحة وتوفر الإسناد المطلوب والمناسب، بحيث يتوزع وزن المريض بالتساوي على الوركين.
* **الجلوس في السرير**: لا ننصح به فترة طويلة وتنطبق عليه المبادىء ذاتها للجلوس على الكرسي باستثناء أنه من الضروري هنا إسناد الرأس جيداً بحيث يظل مستقيماً.
* **الاستلقاء على الجانب غير المصاب بالشلل**: هنا يجب أن ينحني جسد المريض إلى الأمام قليلاً مع مد الذراع إلى الأمام مستندة إلى وسادة ويمكن إسناد الرأس أيضاً بوسادة أخرى واستعمال وسادة ثالثة خلف الظهر، لتحقيق أقصى الراحة. ولا بد أيضاً من إسناد القدم الممددة إلى وسادة.
* **الاستلقاء على الجانب المصاب بالشلل**: هذا الوضع هو المفضل خلال الاستلقاء في السرير لأنه يعطي ثقلاً يمرن قوة العضلات وتوترها. وهنا يُمدَّد الكتف المصاب إلى الخارج وإلى الأمام وتوضع وسادة تحت الساق غير المصابة وخلف الظهر لتحقيق الراحة.

الجانب الثاني للعلاج الجسدي: علاج التشنج العضلي

لا بد أن يشاهد كل منا في وقت ما أشخاصاً مصابين بتشنج عضلي، وبإمكاننا تحسس شدة ذلك التوتر عندهم، بمحاولتهم تقديم قدم على القدم الأخرى، أو من خلال تحريكهم أحد ذراعيهم أو ساقيهم. وهنا يبدو كما لو أن القوى المستترة والقوى الفاعلة تحارب بعضها البعض في معركة غير متكافئة.

والتشنج حرفياً هو عدم التوازن في التوتر العضلي والناتج من اعتلال في مهام بعض ممرات الدماغ بسبب سكتة دماغية. وهذا الاعتلال الوظيفي (سوء تنفيذ المهام) يسبب مقاومة للحركات المستترة أو غير الفاعلة في الجسد.

ومثلاً على ذلك: إذا حاول الشخص المصاب بتشنج عضلي أن يطوي يده من الكوع ليتناول الشوكة أو الملعقة أو ليجلبها إلى فمه، تقوم العضلات الموجودة في جانب واحد من الكوع بمقاومة هذه الحركة، بينما تحاول العضلات الموجودة في الجانب الآخر من الكوع بشكل مستتر وغريزي مواصلة تحريك الكوع. والنتيجة هي تقلص مطوَّل للعضلات وانشداد يسبب الإحباط والإزعاج للمريض ويسبب أيضاً الألم له.

الشلل المترافق بتشنج عضلي

غالباً ما يكون الشلل الناتج من السكتة الدماغية موقتاً لكنه حتى مع عودة التوتر العضلي الطبيعي والفعل الانعكاسي لا يحول دائماً دون تحقيق المريض حركاته الطبيعية مباشرة، وقد يعاني ما هو عكس الشلل ويتمثل بمرحلة تشنج عضلي موقت، حيث تبقى الحركة على الرغم من قلتها غير طوعية.

وفي بعض الأحيان يترافق حدوث الشلل مع التشنج العضلي في الوقت ذاته، ولكن ضمن مجموعات عضلية مختلفة يمكن للمريض مثلاً أن يختبر توتراً تشنجياً في ذراعه وشللاً كاملاً في ساقيه، ويمكن لمريض آخر «أن يعاني شللاً في الكتف وتوتُّراً عضلياً في الكوع والمعصم. وأخيراً، قد يجد مريض آخر تشنجاً في عضلاته فقط عندما يخضع لضغوط أو إثارة عصبية.

ويمكن للتشنج العضلي أن يجعل الذراع أو الساق تبدوان جامدتين وأن يسبب ارتجافاً لاإرادياً بسيطاً.

ويمكن أن يتفاقم التشنج العضلي بفعل القلق النفسي والحرارة المتطرفة في السخونة والبرودة على السواء، ومن أي شيء يمكن أن يثير الألم (مثل نمو الأظافر غير المكتمل). وهنا تساعد الأدوية المريض كثيراً مع وجوب معرفة سبب تفاقم التشنج قبل وصف أي دواء.

والأدوية الأكثر فعالية لعلاج التشنج العضلي هي باكلوفن (baclofen) ودانترولين (dantrolene) وديازبام (diazepam) ولكن لسوء الحظ فإن لهذه

الأدوية مؤثرات جانبية تشمل الاكتئاب والوهن والدوار، وتستعمل فقط بإشراف طبيب مختص.

ويتم اليوم إجراء اختبارات تشمل استعمال أدوية مسكّنة للتشنج العضلي في جامعة تكساس للنساء وتأتي تلك الأدوية على شكل رذاذ يطبّق مباشرة على المجموعات العضلية المتشنجة. وقد وجد أن ذلك الرذاذ يخفض من حدة التشنج ويزيد من إمكانية الحركات الطوعية.

كذلك تتحسن حالة التشنج العضلي بتمارين حركية تركز على الاسترخاء وإرخاء العضلات المتشنجة بالتحديد، وهذه التمارين مصممة لتحقيق التالي:

* تنبيه التوتّر العضلي الطبيعي (muscle tone)، ويمثل قدرة العضلة على التجاوب مع الأوامر الصادرة من الدماغ.
* فرض وضعية مناسبة للجسد تحمي الأطراف من الإصابات.
* منع التقلصات العضلية، أي التخفيض الدائم لحجم العضلات حول مفصل معين، الأمر الذي يوجد قيداً كبيراً على الحركة.

وفي حالات التشنج العضلي الحاد لا تكون حركات الإنسان طوعية، بالإضافة إلى ذلك، لا تعمل المجموعات العضلية في الجسد بشكل مستقل عن بعضها الآخر، فإذا حرَّك المريض ذراعه، قد يُجبَر النصف العلوي من جسده بكامله على التحرك لتحقيق حركة الذراع. وإذا حاول تحريك أصابع قدميه، فتهتزّ الساق كلها. وهذه الحركة الكتلوية في العضلات تسمى التآزر العضلي (muscle synengy). من ناحية أخرى، يمكن للتمارين الخاصة بالتشنج العضلي أن تعلّم الناجين من السكتة الدماغية كيفية التعايش مع تشنجهم وكيفية تحريك الذراع أو الساق المتشنجة والتكيف مع الألم وممارسة الحياة اليومية مع أخذ حالة التشنج في الاعتبار.

علاجات خاصة بالعنق والكتف والذراعين واليدين

طبقاً لاختلاف الوسائل والأساليب لدى فريق إعادة التأهيل لحالات الشلل والتشنج العضلي، توجد مقاربات مختلفة لمشاكل الأطراف العليا

والأطراف السفلى في الجسد. ويتطلب تمرين الذراع المتشنجة ودعمها مجموعة من الأساليب تختلف عن تلك المستعملة لتمرين الساق المشلولة مثلاً. ويتطلب تعلّم استعمال يد واحدة لتنفيذ كل المهام بدءاً من ارتداء الملابس ووصولاً إلى قيادة السيارة مجموعة من التعليمات، تختلف عن تلك المستعملة لإعادة تعلّم كيفية المشي، والانتقال من غرفة إلى أخرى.

وتشمل مشاكل الأطراف العليا في الجسد ما يلي:

الخلع الجزئي للكتف (Shoulder Subluxation)

هنا تتداخل السكتة الدماغية مع التراصف الملائم لمفاصل الكتف والتجاوب العضلي للكتف، ويصبح الكتف في الواقع منفصلاً عن مفصله، وفي حال إصابة الأنسجة المحيطة بالكتف يحصل الألم الحاد.

وتشمل معالجة الخلع الجزئي للكتف تمارين تركز على إدراك المريض لكتفه، بحيث يتم تعليمه عدم وضع اليدين أو الذراعين في وضع يجعل تحريك الكتف ضرورياً (مثلاً عدم النوم جانبياً على الذراع). وإذا كان الكتف والذراع مشلولين في الوقت ذاته، قد يُنصح باستعمال رباط يتدلى من العنق في بعض الأحيان. كذلك يتم تعليم أفراد عائلة المريض، عدم سحب ذراع المريض المصابة خلال محاولة وضع المريض في السرير، أو في الكرسي، ويتم إظهار الوسائل الصحيحة لذلك الوضع لهم.

أهم التمارين الحركية

تمثل التمارين الحركية قاعدة العلاج الجسدي وهي تساعد في تحقيق التوتر العضلي الطبيعي ومنع التقلصات العضلية المؤلمة وتقوية الأطراف العليا أو السفلى الضعيفة. وتُصنَّف التمارين حسب مراحل التحسن كالتالي:

* الحركات المستترة غير الفاعلة (passive motion): هنا يتم تحريك أطراف المريض من قبل الطبيب المعالج أو من قبل أحد أفراد عائلة المريض.

* الحركات الفاعلة بالمساعدة (Assistive active motion): هنا يؤدي المريض بعض التمارين بنفسه لكنه يبقى بحاجة إلى شخص آخر يوجهه في باقي التمارين.
* الحركات الفاعلة المستقلة: هنا يمارس المريض كل التمارين بنفسه.
* الحركات الفاعلة المقاوِمة: هنا يستعمل المريض أثقالاً في التمارين لتعزيز نتائجها.

عوارض اليد ـ الكتف

وتعرف الحالة طبّياً بالسَّغَل الانعكاسي العصبي الوردي (reflex sympathetic dystrophy) وتنتج من ضعف الذراع، حيث يصبح تحريك الذراع مؤلماً وينعكس على حركات الكتف والمعصم واليد المتصلين بتلك الذراع، ويمكن أن يتركز الألم في الكتف والمعصم واليد. ومن ناحية أخرى قد يحصل انتفاخ في الذراع واليد بحيث يصبحا حساسين كثيراً للمس. كذلك تتصل هذه العوارض بحصول احتشاء في عضلة القلب وإصابات في الذراع وتحصل العوارض عادة في غضون ثلاثة أشهر على حصول السكتة الدماغية.

وتشمل معالجة هذه العوارض تخدير الأعصاب الودية والحقن بمواد ستيرويدية وتمارين حركية قوية تشمل التلويح البطيء للذراع المصابة ورفع الذراعين ولف العنق وإسناد الأطراف بواسطة الرباط أو أي سند آخر.

ويتم تعليم أفراد عائلة المريض مراقبة أي علامات على حدوث عوارض الكتف ـ اليد المذكورة والتي تشمل الألم والانتفاخ أو التورم ووجوب الاتصال بالطبيب فور ملاحظة وجود تلك العوارض. وهنا تساهم العائلة في مساعدة المريض على تنفيذ التمارين المطلوبة وعلى ربط الرباطات بالشكل الصحيح.

إصابة الأعصاب المحيطية أو الطرفية

يشمل تضرر الأعصاب المحيطية إصابة شبكة أعصاب العضد، حيث يحصل ضمور في العضلات. ويمكن أن تتضرر أعصاب اليدين أو المعصمين

من جراء الاستعمال غير المناسب أو الاستعمال الزائد لأدوات التقويم العضلي أو بسبب الوضعية السيئة للجسد في الكرسي أو السرير. ويمكن لإصابة الأعصاب أن تعيق كامل عملية إعادة التأهيل.

ويشمل علاج هذه الحالة التعليم الصحيح للمريض في أمور العناية بالنفس والاستعمال الصحيح لوسائل العلاج، ويتم تعليم أفراد عائلة المريض بوجوب تحريك ذراعي المريض وكتفيه ومعصميه ويديه بكل عناية وبشكل ملائم لتجنب الإصابات. ويتم تعليم أفراد العائلة أيضاً كيفية تحقيق الوضع الصحيح لجسد المريض في كرسيه أو سريره مع ضرورة التأكد من وجود وسادات حوله بشكل دائم لدعم أطرافه وإسنادها.

حاجات الساقين والكاحلين والقدمين

من الواضح أن الحركة تشمل استعمال المريض لأطرافه السفلى وذلك ينطبق على المشي والانتقال من مكان إلى آخر. ولمساعدة المريض في تحقيق الاستقلالية في حركته بحيث يستغني عن مساعدة الآخرين، يتم تعليمه سلسلة من التمارين ضمن مكان مخصص للعلاج الجسدي. وتشمل تجهيزات ذلك المكان كل شيء ضروري بدءاً من الحُصُر الخاصة بالتمارين، وصولاً إلى العكازات والقضبان الثابتة التي توفر الإسناد للمريض، وقد تشمل بركة سباحة والأدوات المقوّمة للاعوجاج.

من ناحية أخرى توجد حالات خاصة مميزة بمشاكل الأطراف السفلى وهي كما يلي:

التدريب على المشي والسير

قبل الشروع في أي علاج جسدي، لا بد من تقييم الحالة الجسدية للمريض قبل أن يُسمح له بالمشي مستنداً إلى القضبان أو العكازات. وغالباً ما يتمكن الشخص المصاب بشلل من إسناد وزنه إلى الساق المصابة لكن قد يمر وقت طويل قبل أن يشعر الطبيب المعالج بأن المريض جاهز للمشي

أو على الأقل محاولة المشي. ويشمل علاج حالة الصعوبة في المشي، تمارين حركية وتمارين تشمل المشي بمساعدة القضبان الحديدية المثبتة حول طريق سير المريض واستعمال الكرسي النقّال بالعجلات واستعمال أحزمة خاصة مثقلة، وتمارين على كيفية الانتقال من مكان إلى آخر، وكيفية تحقيق الوضعية الصحيحة للجسد خلال المشي. ويتم تعليم عائلة المريض الحذر من المشي «المزيف» أو المشوه لأنه في بعض الأحيان قد يبدو المريض قادراً على المشي بمساعدة الآخرين لكن في الحقيقة يمارس الجر من قبل الآخرين الممسكين بذراعيه، وهذا يختلف عن المشي الصحيح. ويتم تعليم عائلة المريض كيفية تحقيق الوضعية الشكلية الصحيحة لجسد المريض وكيفية نقله من السرير إلى الكرسي ومن الكرسي إلى السيارة ومن حالة الاستلقاء على البطن إلى حالة الاستلقاء على جانبه وتفاصيل استعمال الكرسي النقّال بالعجلات.

الشروط الثلاثة للمشي الصحيح

لا بد من تحقيق شروط ثلاثة أو مهارات ثلاث للبدء بالمشي الصحيح:

1 ـ **القوة**: يجب أن يملك المريض القوة الكافية في ساق واحدة على الأقل وفي الجزء العلوي من جسده ويجب أن تكون ذراعه غير المصابة قادرة على الإمساك بالوسائل المساعدة للمشي. ويجب أن يكون المريض قادراً على تحقيق التوازن في وقفة جسده سواء كان وحده أو بمساعدة الوسائل المساعدة للمشي.

2 ـ **الإحساس**: يجب أن يملك المريض قدرات حسية ملائمة تشمل القدرة على إدراك المكان وأن يكون قادراً على معرفة ما إذا كانت ساقه تطوى أثناء المشي، وأن يميز المسافات القريبة والبعيدة.

3 ـ **البصر**: ببساطة، يجب أن يكون المريض قادراً على مشاهدة المكان الذي يذهب نحوه وإليه، وأن يملك القدرة على تحقيق توازن جسده، ويكون إدراكه البصري تاماً، وأن يملك فكرة عن مدى قرب الأشياء منه.

تجنب السقوط

يجب أن يتجنب المصاب بالسكتة الدماغية كل السقطات من خلال التالي:

1 ـ إستعمال الوسائل المساعدة للمشي، ووسائل الإسناد والرباطات حسب التعليمات.
2 ـ أن يبتعد عن المشي في محيط لا يعرفه أو محيط يخفف من قدرته على الإنتباه مثل الأماكن المضجة أو المحتشدة بالأشخاص، أو الأماكن المعتمة وغيرالمعتادة.
3 ـ تجنب المشي في أحوال تؤثر في انتباه المريض وتشمل هذه الأحوال الظروف المقلقة والضاغطة أو عندما يفاجأ المريض برنين صوت الهاتف أو جرس المنزل.
4 ـ التأكد من أمان أرض الغرف من الإنزلاق.
5 ـ التخلص من كل السجاد الرخو.

الضعف الحركي، نقص التنسيق، والتقلص العضلي

يمكن أن يؤدي عدم القدرة على استعمال الساقين إلى مزيد من الوهن الجسدي، وفقدان التناغم العضلي أو التوتر العضلي الطبيعي، ويمكن أن يسبّب أيضاً مشاكل في توازن حركة الجسد. وأكثر النتائج إيلاماً هي حصول ضمور في عضلات الساقين والكاحلين والقدمين ضمن حالة تعرف بالتقلص العضلي (Contracture). وهذه الحالة الأخيرة تزيد من مشاكل الحركة وتسبب الألم الحاد.

ويشمل علاج هذه الحالات استعمال الأدوات المقوِّمة للعضلات بما فيها الأحذية الخاصة وزوائدها، ورباطات الساقين ودعامات الكاحلين للمحافظة على استقرار العضلات والمفاصل وتماسكها. كذلك يتم اللجوء إلى تمارين حركية مختلفة وإلى الأدوية إذا كانت الأطراف السفلية متشنجة مع ضرورة

مراقبة الساق غير المصابة وصيانتها. ومن الواضح أن هذه الساق غير المصابة تستفيد أكثر من التمارين، وتتلقى الجهد الأكبر فيه الأمر الذي يسبب، لسوء الحظ، ضغطاً كبيراً على المريض. ويتم تعليم عائلة المريض كيفية جعل التمارين جزءاً من الروتين اليومي للمريض، وكيفية استعمال الأدوات المقومة أو التقويمية بالشكل الصحيح والتأكد من أن الوضعية الشكلية لجسد المريض لا تؤذي الساق المصابة.

التورم والإنتفاخ

يمكن للتورم والإنتفاخ في الساقين أن يكون أكثر من مزعج، بحيث يؤدي إلى تخثر الدم وتكوُّن جلطات دموية خطيرة، ويمكن أن يعيق تفاقم الإنتفاخ عملية إعادة تأهيل المريض.

ويشمل العلاج هنا الأدوية الخاصة بتخفيض درجة الإنتفاخ، وحجمه، وتخفيض حجم حفظ السوائل في الجسد، والأدوية المانعة للتجلط أو لتخثر الدم. كذلك يمكن استعمال جوارب وقفازات مرنة للساقين، ويتم تعليم أعضاء عائلة المريض كيفية منع البدانة عند المريض، لأن عدم النشاط يؤدي إلى زيادة الوزن الذي يؤدي بدوره إلى زيادة في حفظ السوائل، وبالتالي إلى الإنتفاخ والتورم فضلاً عن الكسل والبلادة العامة. وكل هذه العوارض الأخيرة تعيق جهود إعادة تأهيل المريض، وما يساعد في هذا المجال هو اتّباع حمية غذائية مغذية ومتوازنة وقليلة الملح.

أدوات العلاج الجسدي

يحتاج المعالج الجسدي إلى أدوات معينة لتنفيذ برنامج إعادة التأهيل بشكل ناجح، وأذكر تالياً باختصار بعض هذه الأدوات مع صفاتها واستعمالاتها.

الأداة الأولى: الرباطات

الرباطات مهمة جداً إذا كان لا بد من إسناد الكتف، وهنالك أنواع عدة من هذه الرباطات، منها ما يتقاطع على طول الظهر، ومنها ما يربط الكتف بالذراع، ويمكن استعمالها خلال المشي أو الجلوس دون اللجوء إلى وسيلة إسناد أخرى.

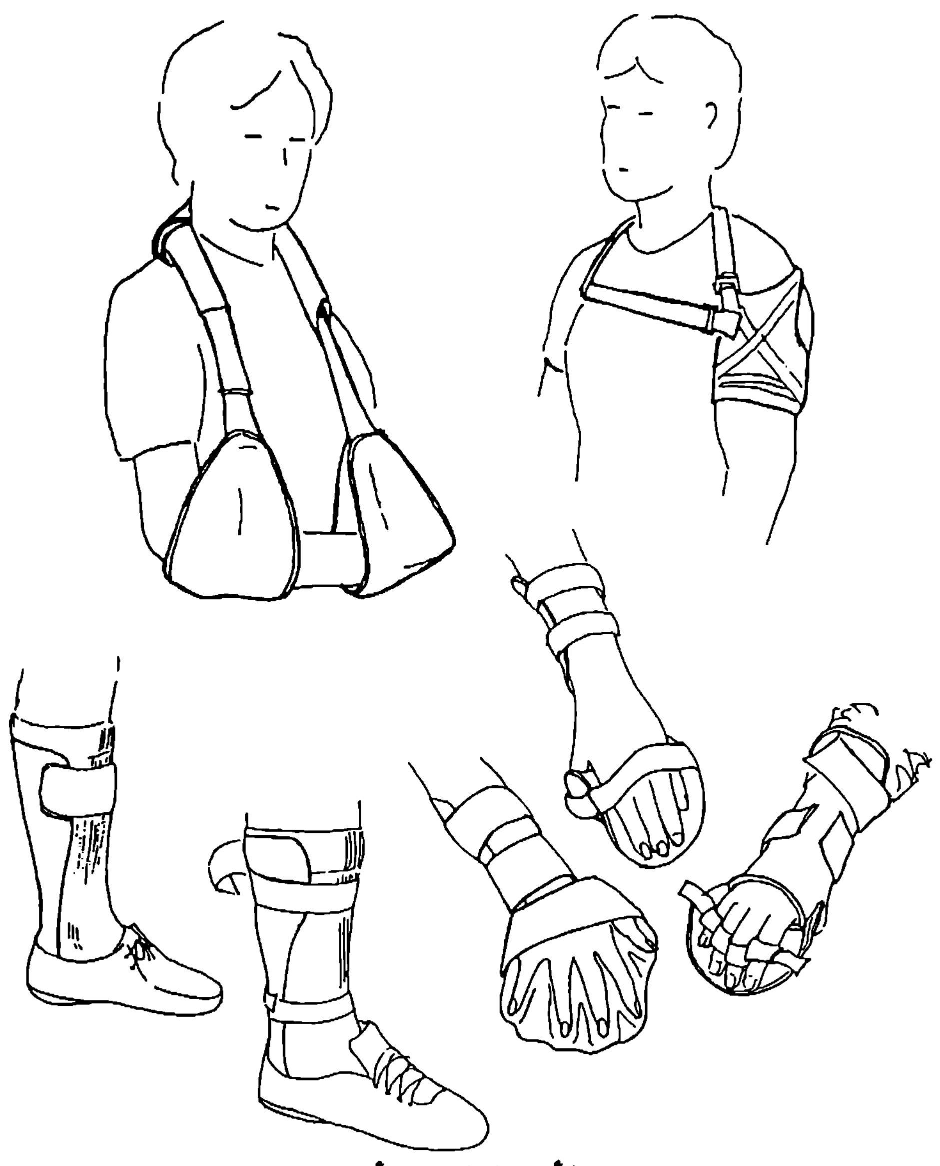
الأداة الثانية: الشرائح الخشبية أو البلاستيكية

قد يحتاج الشخص الذي يصاب بسكتة دماغية وينجو منها إلى شريحة صلبة لإسناد يده أو معصمه، وإبقائهما في الوضعية المناسبة، أو لمنع التورم والإنتفاخ أو مشاكل المفاصل، ومنع الإنقباض أو التقلصات العضلية. وتُصنع الشرائح عادة من البلاستيك الصلب أو من مادة أكثر مرونة لتسهيل الوضعية. وتمتد الشريحة الساندة لليد من مقدمة الذراع حتى أصابع اليد، وتثبَّت عبر الذراع، وهناك شرائح تعطي حرية أكثر لتحريك اليد. أما الشرائح الساندة للمعصم فهي مصممة لتحقيق الوضعية الملائمة بين مقدمة الذراع والمعصم، وراحة اليد والأصابع. وهنالك شريحة لمنع انقباض أصابع اليد، وتُغلَّف اليد كلياً دون رؤوس الأصابع بحيث تبدو كالقفاز المثقوب.

العَمَه الحركي Apraxia اللاإدائية

في بعض الأحيان يمكن للشخص أن يتحرك لكن لن يكون قادراً على ممارسة نشاطات بسيطة مثل الإمساك بالشوكة أو تصفيف شعره. وبكلام آخر، لا تكون الحركة بحد ذاتها هي المسألة، بل صعوبة تأديتها. وتسمى هذه الحالة العَمَه الحركي أو اللاإدائية وغالباً ما تصيب المرضى بالسكتة الدماغية. وهنا يمكن للمريض، دون تفكير، أن يحرك إحدى قدميه عفوياً بعيداً إلى الأمام عن القدم الأخرى لكن مجرد التفكير في الأمر يمنعه من ذلك، وبالتالي يصبح غير قادر على المشي. ولكن يمكن وبمساعدة شخص آخر يعمل على تقديم قدم واحدة على الأخرى عند المريض أن يمشي المريض خطوات قليلة دون أي مشكلة.

الشكل: الرباطات والشرائح الصلبة المستعملة في العلاج الجسدي



الأداة الثالثة : الألواح

هذه ألواح مسطّحة نقّالة مصنوعة من مواد خفيفة الوزن، وصلبة في الوقت ذاته، وتستعمل عبر ذراعي الكرسي النقال بالعجلات لإسناد ذراعي المريض.

الأداة الرابعة: الأدوات المقوّمة للإعوجاج

أحياناً، تصبح القدرة على توجيه الكاحل مشكلة عند إصابة الأطراف السفلى بالوهن، ويواجه الشخص الذي أصيب بالسكتة الدماغية ونجا منها مشكلة في المشي، لأنه لا يكون قادراً على رفع قدمه ويكتفي بجرها جرّاً. وتسمى هذه الحالة سقوط القدم (foot drop). وقد يجد المريض في بعض الأحيان أن قدمه تميل جانبياً أو إلى الداخل لدى محاولته تحريكها باستقامة إلى الأمام، حتى أن بعض المصابين بالسكتة الدماغية لا يمكنهم مشاهدة وضعية أقدامهم وكواحلهم بسبب مشاكلهم الحسية الإدراكية. وذلك قد يسبب السقوط على الأرض. وهنا تستعمل الأدوات المقومة للإعوجاج وتبدأ من القدم حتى الساق وصولاً إلى الركبة، وتكون مصنوعة من البلاستيك، وغالباً ما تصمم الأدوات هذه خصيصاً لكل مريض على حدة. وتوجد أنواع عدة من هذه الأدوات ومنها ما يسمح بحرية أكثر للمصاب. وبشكل عام تعمل الأدوات المقوّمة للإعوجاج على تحقيق التالي:

* حماية الكاحل والركبة من الإنتفاخ.
* تصحيح وضعية الجسد.
* المساعدة في تحقيق المشي الصحيح والمناسب.

ولا بد للمريض من فحص هذه الأدوات مراراً للتأكد من أنها لا تؤذي الجلد في مكان وضعها.

الأداة الخامسة: الأحذية الطبية

لا بد من إرفاق الأدوات المقوّمة للإعوجاج بأحذية طبية من النوع الذي يمكن ربطه بثبات حول القدمين. ويجب أن يكون كل حذاء مثقوباً ثلاثة ثقوب على الأقل وأن يكون الكعب مرتفعاً عن الأرض بين سنتمترين وسنتمترين ونصف لإبقاء الركبة مستقرة.

الأداة السادسة: العكّازات

العكّازات هي الأداة الرئيسية للمعالِج الجسدي وتُستعمل لتقييم قدرة المريض على المشي وعلى تحقيق تماسك عضلات الذراعين والكتف. وهي مهمة أيضاً لإعادة المشي الطبيعي تدريجياً إلى المريض.

الأداة السابعة: الكرة المطاطية

أداة مهمة تستعمل للمساعدة في تحريك العضلات، ويمسكها المريض بذراعيه لتحقيق تمرين العضلات ويمكن استعمالها لتحقيق الوضعية المناسبة للجسد من خلال جلوس المريض عليها وتلويح ثقله عليها إلى الخلف وإلى الأمام، الأمر الذي يمدد عضلات الجزء العلوي من الجسد ويحقق التوتر الطبيعي فيها.

الأداة الثامنة: الكرسي النقّال بالعجلات

من أهم الأدوات المستعملة في إطار العلاج الجسدي وتلعب دوراً رئيسياً في تحقيق الاستقلالية الجسدية للمريض بحيث يستغني عن مساعدة الآخرين جزئياً. ولتكون جيدة يجب أن تفي الكرسي المطلوبة بالشروط التالية:

1 ـ **الأمان**: يجب أن يسمح الإطار العام للكرسي بفراغ كبير يسمح للمريض بتأدية نشاطاته خلال الجلوس في الكرسي. ويجب أن يكون المريض قادراً على الانتقال من الكرسي إلى سريره دون تعثر. كذلك يجب أن تكون فرامل الكرسي سهلة التشغيل وأن تعمل في مختلف التضاريس.

2 ـ **الراحة**: من المتوقع أن ينفق المريض وقتاً كثيراً في الكرسي النقّال لذلك يجب أن تكون الكرسي مريحة وتوفر الإسناد المطلوب والجيد للمريض.

3 ـ **المتانة والديمومة**: يجب أن تكون الكرسي مصنوعة من مواد صلبة جيدة وأن يكون المريض قادراً على استعمالها دون الحاجة إلى صيانة متواصلة. ويجب أن تعمل الكرسي على مختلف التضاريس بدءاً من الأرض المفروشة بالحصى وأرض الأسمنت وصولاً إلى الأرض العشبية. كذلك يجب أن تحافظ الكرسي

على فعاليتها في مختلف الأحوال المناخية بدءاً من الطقس الماطر وصولاً إلى الطقس الحار.

4 ـ **سهولة الحركة والإستعمال**: بالإضافة إلى وجوب سهولة استعمال الكرسي على تضاريس مختلفة وفي أحوال مناخية مختلفة يجب أن تكون مصممة بالحجم المناسب للعجلات لتحقيق سهولة الحركة والإستعمال وأن تملك التوازن المطلوب لتحقق سهولة دفعها إلى الأمام.

5 ـ **الشكل المناسب**: بما أن المريض بالسكتة الدماغية ينفق معظم وقته في الكرسي النقّال بالعجلات بحيث تصبح جزءاً من صورته للعالم الخارجي لا بد أن يكون الشكل العام للكرسي مناسباً.

كذلك يجب أن تكون الكرسي مجهزة ببعض الزوائد التي قد لا تكون ضرورية لكنها مهمة وهي:

فرامل خاصة تمكّن المريض المشلول من استعمال هذه الفرامل بواسطة أطرافه المصابة والضعيفة. كذلك يجب أن تكون وسائل إسناد الساقين والقدمين قابلة للحركة بحيث يمكن للمرضى الذين يعانون التورم والإنتفاخ من رفع أقدامهم وسيقانهم وتحقيق انتقال سهل من الكرسي إلى السرير وتسهل دفع المريض للكرسي، وهذا ينطبق أيضاً على وسائل إسناد الذراعين.

الأداة التاسعة: وسائل نقل المريض

غالباً ما يضطر المعالج الجسدي إلى مساعدة المرضى على الإنتقال من الكرسي النقّال إلى السرير، وقد يضطرون لمساعدتهم في عبور السلالم صعوداً أو نزولاً ومن السيارة إلى الرصيف وهكذا. ويجب أن يفعل المعالج الجسدي ذلك مع الأخذ بالإعتبار عنصر الأمان، وغالباً ما ترتكز وسيلة انتقال المريض في الأشهر الأولى من إعادة التأهيل على الكرسي النقال بالعجلات، وهنا يكون دور المعالج الجسدي تعليم المريض كيفية استعمال الكرسي وفراملها ووسائل الإسناد فيها والتأكد من سهولة ذلك الإستعمال ومن أن الكرسي مناسب للمريض.

من ناحية أخرى يمكن تعليم المريض الإستناد إلى قدمه غير المصابة في الحركة إذا كان لا يزال قادراً على بعض الحركة. وإذا كانت قدرة المريض على الحركة قليلة يمكن استعمال لوح زلق لتحقيق الإنتقال من نقطة إلى أخرى أما إذا كان المريض غير قادر على الحركة كلياً فيكون لا بد من حمله.

الأداة العاشرة: وسائل خاصة لأوضاع خاصة

يركِّز المعالج الجسدي الجيد قبل كل شيء على الأمان ويساعد المريض على تجنب السقوط ويستعمل لهذا الغرض أساليب عدة يعلمها للمريض وتشمل ما يلي:

1 ـ **كيفية استعمال العكّازات**: بتقديم العكازات أولاً ثم تقديم الساق المصابة، وأخيراً تقديم الساق غير المصابة.

2 ـ **عبور السلالم**: عند عبور سلّم نزولاً يجب أن يستعمل المريض أولاً ساقه المصابة ثم يستعمل الساق غير المصابة في خطوته الثانية. وإذا كان السلم مرفقاً بحائط تسند إليه إلى الحائط وتحرك إلى الأمام عبره أولاً قبل النزول على السلم. وعندما يكون عبور السلّم صعوداً يجب أن يبدأ المريض خطوته بالساق غير المصابة.

3 ـ **سهولة الحركة على سطوح مختلفة**: المشي على السطوح الحجرية أسهل من المشي على السجاد مثلاً، لهذا في الحالة الأخيرة يجب أن يتأكد المريض من ثبات السجاد جيداً على الأرض قبل الشروع في المشي عليه والتأكد من عدم انزلاق تلك السجادة بسهولة. وبشكل عام يجب رفع الساق المصابة لمسافة أعلى من الساق الأخرى عند المشي على تضاريس صعبة. كذلك يجب ألا يحاول المريض الإسراع في مشيه بل أن يأخذ كامل الوقت اللازم لذلك خصوصاً إذا كانت الأرض زلقة.

4 ـ **الدفء**: لا يولِّد الجزء المشلول من الجسد أي حرارة بالقدر الذي يفعله الجزء غير المشلول لذلك يجب إبقاء ذلك الجزء المشلول دافئاً بالثياب والأغطية إذا لزم الأمر.

5 ـ **العودة إلى المجتمع**: يقوم المعالج الجسدي الجيد بالتعاون مع بقية فريق

إعادة التأهيل بمساعدة المريض على العودة إلى المجتمع بحيث يزيد من ثقته بنفسه وذلك ضروري ومنطقي لأن تحسن قدرة المريض على المشي يزيد من ثقته بنفسه واستقلاليته عن الآخرين ويجعل ابتعاده عن العالم الخارجي أقل.

لكن العلاج الجسدي جزء واحد فقط من خطة إعادة التأهيل، فعندما يعمل فريق إعادة التأهيل على تصميم برنامج علاجي يدرك ذلك الفريق وجوب تضمن ذلك البرنامج لعلاجات تطبيقية وإدراكية ذهنية وعلاج النطق والكلام. فيجب على المريض الذي يصاب بمشاكل في ذراعه أو كتفه أو يده أن يتعلم كيفية تأدية نشاطات الحياة اليومية باليد أو الذراع الأخرى غير المصابة وأن يتعلم مثلاً كيفية ارتداء ملابسه بيد واحدة. كذل قد يحتاج المريض إلى تعلم كيفية التنسيق بين قدرته البصرية واستعمال يده غير المصابة. وقد يحتاج المصاب أيضاً إلى التعويض عن الإعاقة والضعف في إدراكه الحسي. والمهارات الضرورية لتنفيذ هذه المهام هي من مسؤولية أعضاء آخرين من فريق إعادة التأهيل وهذا ما سنبحثه في الفصل التالي.

الفصل الثالث عشر

إعادة التأهيل
العلاج التطبيقي والنطقي والترفيهي

لم أتمكن من تذكر اسمها ولم أقدر على ذلك.

مصاب بالسكتة الدماغية عمره 56 سنة

العناصر الرئيسية الثلاثة في برنامج إعادة التأهيل هي العلاج التطبيقي والعلاج النطقي والعلاج الترفيهي وهذه تساعد على إعادة تدريب عمل العضلات ومسالك الدماغ. وتساعد هذه العناصر أيضاً المرضى على مواجهة الحالات التي لا تخضع للعلاج وتساعد في تحقيق وتعزيز الاستقلالية عن الآخرين.

* كان أحمد يفخر بقدرات ذاكرته وكان إذا تواجد ضمن مجموعة من الناس يتذكر أسماءهم وهويتهم والثياب التي يرتدونها. وكان يحفظ كمية هائلة من المعلومات عن الشركة التي يعمل فيها على شكل «ملفات» في دماغه». وكان إذا احتاج أي شخص في الشركة إلى معرفة شيء ما عن صفقة عقدت قبل عشر سنوات أو عن مشكلة تواجهها الشركة اليوم وسبق أن واجهتها قبل عشر سنوات، يذهب إلى أحمد «الحاسوب» ليحصل على الجواب. لكن الآن وبعد إصابة أحمد بالسكتة الدماغية تراجعت ذاكرته وأصبحت بطيئة والسكتة التي أصيب بها كانت من النوع الانسدادي في الفص الصدغي الأيسر من دماغه، الأمر الذي لم يتركه مشلولاً فقط في الجانب الأيمن من جسده، بل أصابت ذاكرته القريبة بالضرر. وعمل المعالج التطبيقي على مساعدة أحمد ليستعيد قدراته الإدراكية والذهنية لكن ذلك كان يجري بكل بطء، الأمر الذي فرض

عليه الاحتفاظ بـ «دفتر الذاكرة» كل الوقت.

* لقد أثرت السكتة الدماغية التي أصابت ليلى في قدرتها على تنفيذ أعمال يومية روتينية لكنها كانت تتذكر اسمها وتتعرف على زوجها وأطفالها. لكنها لم تتذكر كيفية تزرير قميصها ونسيت كيفية تحضير السندويشات لأطفالها. ولقد عمل كل من المعالج التطبيقي ومعالج النطق على معالجة ذاكرتها ومشاكلها الإدراكية. وكان المعالج التطبيقي يكتب لها الخطوات التي يتضمنها الروتين اليومي خطوة خطوة في دفتر خاص وكانت ليلى تتمرن على ذلك برفقة المعالج على مدى ساعات. أما معالج النطق فكان يساعدها على امتلاك «الرموز» التي تطلق عمل ذاكرتها وتعزز قدرتها على ممارسة نشاطات الحياة اليومية، وكانت تلك الرموز تشمل مثلاً رغيف خبز لإطلاق التفكير في الطعام وهكذا... إلخ.

* كان سامي يعرف ما يريد قوله لأن الكلمات كانت واضحة في ذهنه، فهو يريد إلقاء التحية على الطبيب وإبلاغه أنه يشعر بتحسن ويأمل في العودة إلى المنزل. لكن كل ما ينطقه هو كلام غير مفهوم وعبارة عن مجموعة أصوات. وكان معالج النطق يعمل على معالجة سامي ليتعلم كيفية صياغة الكلمات ثانية، أي كيفية الوصل بين الكلمات المشكّلة في دماغه إضافة إلى قدرته العضوية على النطق بها.

وكما تظهر هذه الأمثلة بوضوح فإن الاستقلالية وعدم الاعتماد على الآخرين هي أكثر من القدرة على التحرك من غرفة إلى أخرى، بل تشمل الذاكرة والإدراك واللغة لأن أي مشكلة في هذه المجالات تعيق عودة المريض إلى المجتمع. والأشخاص الذين وصفناهم للتو كلهم عانوا من سكتة دماغية أثّرت بشكل أو بآخر في قدرتهم على مواجهة العالم الخارجي، وهذه قدرة مرتبطة بالذهن أكثر منها بالجسد. وهكذا يجب أن يشمل برنامج إعادة التأهيل الناجح مجموعة مشتركة من العلاجات الجسدية العضوية المترافقة مع العلاج التطبيقي والنطقي والترفيهي لتحقيق هدف واحد هو: استقلالية المريض وعدم اعتماده على الآخرين.

العلاج التطبيقي: برنامج للحياة اليومية

هذا العلاج يشكل برنامجاً تأهيلياً متكاملاً ومصمماً لإعادة تدريب المصابين بالسكتة الدماغية على استعادة قدرة الذاكرة عندهم واستعادة المهارات الإدراكية ومهارة إدراك المكان والكثير من النشاطات اليومية. ووجدت الدراسات أنه يمكن لأكثر من 70 بالمئة من المصابين بالسكتة الدماغية أن يصبحوا مستقلين في نشاطات الحياة اليومية بواسطة برنامج تأهيلي وتطبيقي جيد.

تدريب الذاكرة البعيدة والقريبة

تعتمد الذاكرة البعيدة والقريبة على مدارات عصبية مختلفة في الدماغ، وهذا يفسر لماذا يختبر المصابون بالسكتة الدماغية أنواعاً مختلفة من فقدان الذاكرة حسب موقع السكتة في الدماغ. وفي بعض الأحيان يمكن للمرضى بالسكتة الدماغية أن يتذكروا الماضي بوضوح ولكن لا يمكنهم تذكر إسم شخص عرفوه فترة قصيرة. من ناحية أخرى، يمكن لهؤلاء المرضى تذكر أمر فعلوه قبل خمس دقائق لكن لا يمكنهم تذكر أسماء أطفالهم. ومشاكل الذاكرة هي أكثر المشاكل التي تجعل تعايش العائلة مع مريضها المصاب بالسكتة الدماغية صعباً، وتتركز عادة في عدم تذكر أسماء الأشخاص وأصناف الطعام وكيفية ارتداء الملابس والاستحمام.

لكن هذا التغير في الذاكرة ليس غير قابل للشفاء وغالباً ما يمكن معالجة مشاكل الذاكرة حتى الحادة منها، ويمكن التغلب عليها بالتدريب والمساعدة والمساندة والتي تتوافر في إطار العلاج التطبيقي.

وتتصل الذاكرة بجوانب عصبية أخرى من السكتة الدماغية مثل عدم القدرة على الاتصال بالآخرين ونقص في التركيز المكاني والإدراكي والإعاقة الحسية (ضعف الحواس) (sensory impairment) وإذا لم يتذكر المريض الكلمة المناسبة للاستعمال لن يكون قادراً على استعمالها وإذا لم يتعرف على اسمه بالإدراك الذهني لن يكون قادراً على تذكر ذلك الاسم.

كذلك تتصل الذاكرة بالاضطرابات النفسية والعاطفية مثل عدم القدرة على التركيز الذهني والنقص في الانتباه والاكتئاب الذي يعيق اندفاع المريض. وكل هذه الحالات لها تأثير سيّىء في الذاكرة.

وببساطة، يمكن تعريف الذاكرة حرفياً بأنها إحدى الوظائف الدماغية التي تسجل المعلومات وترسخها وفي وقت لاحق تستعيدها. وتلك المعلومات الخاصة بالذاكرة مختارة وخاصة بكل شخص على حدة وتستند إلى ما يراه ذلك الشخص ويقرأه وما يفكر به.

ومعظم إصابات أو اعتلالات الذاكرة تكون نتيجة مزيج من اعتلالات عصبية ونفسية وعاطفية. والفقدان الكامل للذاكرة نادر في حالات الإصابة بالسكتة الدماغية، خصوصاً الشائعة منها. ويحصل عادة فقط في حالات السكتات الدماغية التي تصيب الأجزاء الخلفية من الدماغ، حيث يمكن لضعف الدورة الدموية هناك أن يؤثر في مركز توجيه الأوامر إلى الذاكرة: في قرين آمون والفصوص الصدغية.

وإذا حصل أي انقطاع في عملية عمل الذاكرة بين التسجيل والاستعادة يصاب الشخص بفقدان دائم أو موقت لذاكرته. وحتى لو كان الضرر الناتج من السكتة الدماغية والمؤثر في المهام الحسية والحركية والنفسية بسيطاً، فإن أي فقدان للذاكرة من أي نوع يؤثر في استقلالية المصاب. ولهذا السبب يعد التدريب على استعادة الذاكرة عنصراً مهماً في برنامج إعادة التأهيل.

ويرتكز هذا التدريب على حلول تطبيقية أكثر من التركيز على تحسين حالة الذاكرة نفسها، وكما في كل جوانب إعادة التأهيل يحصل تداخل مع العلاجات الأخرى، حيث نجد مثلاً الطبيب الخاص بالنطق والكلام يعمل أيضاً على معالجة الإعاقة في الذاكرة. وفي الحقيقة وحسب سياسة مركز إعادة التأهيل، يمكن أن يشمل العلاج التطبيقي أو علاج النطق ـ أو كلاهما معاً ـ تركيزاً مكثفاً على علاج الذاكرة. وتُستعمل الأساليب العلاجية التالية في معالجة الذاكرة بغض النظر عن «الموقع» الذي وصل إليه المصاب في إطار

برنامج إعادة التاهيل:

1 ـ **دفاتر الذاكرة:** تعد هذه الدفاتر وسائل تنظيمية للمريض بالسكتة الدماغية وملفات للتعليمات التي تبلغهم ما يتوجب عليهم فعله ومتى. وتُسجَّل في الدفاتر الأسماء المهمة من أسماء أشخاص وأماكن، فضلاً عن أوصاف لأولئك الأشخاص ولتلك الأماكن. كذلك يُسجَّل في الدفاتر برامج العمل اليومية ومختلف نشاطات إعادة التأهيل وأوقاتها وتقارير عن تحسن صحة المريض. وفي بعض الأحيان تتضمن هذه الدفاتر أجوبة عن أسئلة يكرِّر المريض توجيهها للطبيب أو الأقارب. وهكذا يتم تعليم المريض كيفية مراجعة تلك الدفاتر عندما لا توفر له ذاكرته ما يطلبه، والإجراء بحد ذاته يعزز قدرة المهارات الباقية في الذاكرة والتي لم تصب بفعل السكتة.

2 ـ **وسائل تنبيه وصقل الذاكرة:** وتشمل هذه نوعاً من الألعاب لأنها تطلق عمل الذاكرة من خلال الربط بين أشياء مرئية وكلمات أو أسماء عَلَم حتى يتمكن المريض عند رؤية تلك المشاهد من تذكر كلمات معينة أو أسماء معينة.

نموذج عما يمكن أن يتضمنه دفتر ذاكرة المريض بالسكتة الدماغية:

(يُكتب المضمون عادة من قبل الأطباء ليقرأها المريض لاحقاً).

الساعة 8 صباحاً: منى، لقد جئت إلى غرفتك وراجعنا معاً برنامج النشاط الصباحي، وقمتِ بتنظيف أسنانكِ والاستحمام لاحقاً، وعندما جاء الدكتور أحمد لرؤيتك أظهرت له الزهور الجديدة على الطاولة واعتبرها الدكتور أحمد جميلة. وهكذا فأنت تحققين تقدماً وكلنا نحبك ـ الدكتورة نهى.

الساعة 8:35 صباحاً: أنت الآن تشاهدين الأخبار على التلفزيون وتتناولين وعاء من حبوب الذرة التي حضّرتها بنفسك، حتى أنك نجحت في تقطيع حبة موز. أنت حقاً تحبين الذرة! ـ الدكتور يوسف.

الساعة 10:20 صباحاً: لقد أنهيتِ للتو فترة العلاج الجسدي لهذا اليوم ومارست التمارين المائية جيداً ونجحت في رفع ساقيك عشر مرات، حتى أنك نجحت في ارتداء رداء الحمام والقبعة دون أي مساعدة ـ الدكتورة ليلى.

كيفية التعامل مع ضعف الحواس وصعوبة إدراك الأمكنة

القدرة الذهنية على الإدراك فريدة عند كل شخص وخاصة به، فكيفية تصورك العالم ولما تراه فيه وكيف تراه وكيف تعقله خاصة بك وحدك لكن عندما تحصل إعاقة في ذلك الإدراك تصبح النتائج أكثر شمولية منها خصوصية مثل: عدم إدراك الجزء الأيسر من الجسد أو الأيمن منه حسب موقع السكتة (ويشترك في هذه النتائج أكثر من شخص واحد)، وعدم القدرة على إدراك المكان وتمييزه، وعدم القدرة على التعرف على الأشخاص أو الأشياء، حتى عدم القدرة على مشاهدة أي شيء على الإطلاق.

لسوء الحظ، غالباً ما يتم إهمال مشاكل الإدراك عند المريض بالسكتة الدماغية خصوصاً عندما تترافق مع الإعاقة الجسدية، ويمكن لسوء عمل القدرة الإدراكية أن يصل إلى حد النقص في الحس ونقص في القدرة البصرية، مما يعني أن المصاب بالسكتة الدماغية لا يحس مثلاً بوجود ساقه المشلولة. وقد يبدو ذلك الجهل أو التجاهل طبيعياً أول وهلة لأن الساق مشلولة وليس لأن قدرة الإدراك عند المريض معاقة، وقد لا يتمكن الطبيب من اكتشاف الإعاقة الإدراكية عند المريض قبل عودة قدرة المريض على الحركة، حيث يبقى المريض غير مدرك لساقه التي أصبحت تتحرك بفعل العلاج ولا يستعملها.

أما بعض المشاكل الإدراكية التي يمكن أن تحصل فهي كما يلي:

1 ـ **ضعف وإعاقة في مُتقبِّلات الحس العميقة (داخل أنسجة الجسم)**: يحصل لكل منا تقريباً أن يستيقظ في الليل بذراع «نائمة» وغير نافعة لفترة قصيرة قبل عودة الحس إليها. ويمكن لبعض المصابين بالسكتة الدماغية تحريك ذراعهم مثلاً، لكن هذه الذراع قد تسقط «ميتة» في بعض الأحيان، وذلك ببساطة لأن المصاب لا يعود بإمكانه مشاهدة تلك الذراع وبالتالي لا يعرف مكانها. ومُتقبِّلات الحس العميقة هي التي تعطي الإحساس بالمكان وبالتالي في حال وجود ضعف أو إعاقة في تلك المتقبِّلات تصبح الذراع دون فاعلية على الرغم من قدرتها على الحركة.

2 ـ **نقص في الحس اللمسي مع الألم اللمسي**: كان أحمد المصاب بالسكتة الدماغية لا يشعر بالحرارة عند ملامسته لمدفأة ساخنة حتى عند بداية حرقها لجلد يده، وهكذا توجَّب عليه أن يتعلم من جديد كيف يحمي نفسه في هذه الحالات لأن الدماغ هنا لا يعطي الأمر لليد بالابتعاد عن المدفأة.

3 ـ **فقد التحسس (عَمَه الحواس)** (Agnosia): يمكن لمصاب بالسكتة الدماغية أن يستعمل أو على الأقل يحاول استعمال المشط الخاص بالشعر لتنظيف أسنانه، وقد تصل حالة فقد التحسس إلى درجة لا يتمكن المصاب من التعرف على زوجته التي تقف أمامه وتبدو المرأة التي تبتسم له وتتحدث معه غريبة. تمثل هذه الحالات عدم القدرة على التعرف على شيء أو شخص. ولا يمكن لهؤلاء الربط ذهنياً بين الأشياء ولا يمكنهم «وصل» الأشخاص بشريط الذاكرة. ويمكن لفقدان التحسس أو العَمَه الكامل في الحواس أن يكون خطِراً لأنه، خلال إعادة تعليم المريض طبيعة وأسماء الأشياء واستعمالاتها، يمكن لأي مادة سامة أو أي أداة تحمل خطراً كامناً أن تعترض حياة المريض، ولذلك لا بد من إزالة كل هذه المواد أو الأشياء من المحيط الذي يعيش فيه المريض. بالإضافة إلى ذلك يفرض عمه الحواس ضرورة المراقبة القريبة للمريض ربما بشكل شبه متواصل.

3 ـ **إضطرابات في تمييز الاتجاهات وتصوُّر الجسد**: يمكن للمصاب بالسكتة الدماغية أن يستدير إلى اليسار بكرسيه النقال عندما يكون حقاً يريد الاستدارة إلى اليمين، ويمكن لمصاب آخر أن يحاول ربط شريط حذاء الشخص الذي يجلس إلى جانبه. من ناحية أخرى يمكن لمصاب بالسكتة الدماغية أن يرسم صورة لنفسه من دون الذراعين وبساق واحدة وهذا يعكس اضطراباً في تصوُّر الجسد. وهذه الحالة الأخيرة بالذات تعيق عودة الاستقلالية إلى المريض وإعادة تعليمه كيفية تنفيذ نشاطاته اليومية. ويكون من الصعب من ناحية أخرى إعادة تعليم المصاب كيفية ارتداء ملابسه عندما لا يمكنه التمييز بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار أو عندما لا يمكنه تصور وضع أطرافه. وهنا يساعد التعليم المتواصل الخاص بتحديد الاتجاهات وإعادة تكوين تصور الجسد عند المريض في التغلب على هذه المشكلة، ونقصد بالتعليم

المتواصل تذكير المريض باستمرار.

4 ـ **الإهمال**: يمكن لمصاب بالسكتة الدماغية أن يصف لك وبالتفصيل ماذا يوجد في الجانب الأيمن من غرفته، لكنه إذا طلب منه وصف الأشياء الموجودة على الجانب الأيسر من الغرفة ذاتها لن يكون قادراً على ذلك لأنه ببساطة لا يراها. وتوصف هذه الحالة بإهمال الجانب الأيسر أو الجانب الأيمن من محيط المريض بسبب عدم القدرة على إدراكه، والإهمال أكثر حصولاً في السكتات التي تصيب النصف الكروي الأيمن من الدماغ، ويمكن ربطه بتضرر القدرة البصرية. ويكون الإهمال خطراً عندما ينطبق على تجاهل أطراف وأجزاء الجسد. ويتمثل الخطر بإمكانية تداخل ذراع المصاب وحشرها ضمن عجلات الكرسي النقّال مثلاً ضمن أخطار محتملة أخرى.

5 ـ **إضطراب الربط المكاني**: يمكن لمصاب بالسكتة الدماغية ألاّ يتمكن من وضع المفتاح في القفل المخصص له أو ألا يعيد الشيء الذي استعمله إلى المكان الذي أخذه منه.

ويمكن أن تشمل المشاكل الإدراكية القدرة على تقدير المسافات وتمييز المواقع المختلفة للأشياء أو إدراك الاختلاف بين المقدمة والمؤخرة. وهذه الحالة أكثر حصولاً عند المصابين بالسكتة في النصف الكروي الأيمن من دماغهم وتؤثر في تقييمهم لدرجات الأمان في أوضاع معينة.

6 ـ **التشوش الزماني والمكاني**: يمكن أن يعاني المصاب بالسكتة الدماغية من مشكلة تذكر الوقت والزمن، بحيث يبدو مرور ساعتين مثلاً كمرور دقيقتين. ويمكن أن تصل الحال بالمصاب بألا يدرك الفصل السنوي الذي يعيش فيه ما إذا كان صيفاً أو شتاء، وفي أقصى الأحوال يمكن أن يبقى المصاب في زمن ماض بعيداً عن الزمن الحالي. ويصاحب هذه المشكلة ارتباك في تحديد المكان الذي يعيش فيه ويمكن أن ينسى عمره أو عدد سنين حياته وما إذا كان متزوجاً.

7 ـ **مشاكل في اتخاذ القرار**: يمكن أن يصل المصاب بالسكتة الدماغية إلى صندوق تسديد الفواتير ولا يعرف عد النقود التي يتوجب عليه دفعها في المطعم مثلاً، ويمكن أن يخرج من المنزل دون أن يكون قد قرر ذلك مسبقاً.

وهكذا تتأثر القدرة على اتخاذ القرار والتنظيم والتخطيط بحصول السكتة الدماغية. ويأتي هذا ضمن سوء عمل المهام التنفيذية ويمكن أن يكون محبطاً لعائلة المريض. ويمنع عدم القدرة على صنع الخطط وتنفيذها المصاب بالسكتة الدماغية من العودة إلى العمل وفي أفضل الحالات يمنعه من العيش باستقلالية ضمن المنزل. لكن الأخبار الجيدة اليوم هي توافر أساليب تدريب خاصة تساعد في استعادة المريض قدراته هذه.

حالات نادرة

يمكن لحالات عدة أن تؤثر في الحركة الجسدية والاستقلالية الجسدية للمريض وهي:

1 ـ **جهل المرض**: وهنا ينفي المريض إصابته بالسكتة الدماغية وبالتالي لا يدرك نتائجها من شلل وإعاقة حسّية أو بصرية.

2 ـ **الاستخفاف بالمرض**: استخفاف وإساءة تقدير غير واقعية لنتائج الإصابة بالسكتة الدماغية، حيث يصل المريض إلى حد إطلاق نكت غير ملائمة عن حالات الإعاقة عنده.

3 ـ **جهل الأطراف المصابة**: وهنا يدرك المريض أن أطرافه المصابة نتيجة السكتة الدماغية هي لشخص آخر غيره.

4 ـ **تضخيم المرض**: مبالغة في إدراك القوة الكامنة في الطرف المعاق وتشمل اعتقاداً خاطئاً بأن طرفاً إضافياً قد نما في الجهة المعاقة من الجسد.

نشاطات الحياة اليومية

لا يتصل العلاج التطبيقي بمشاكل العقل والذهن وعمليات التفكير العليا والمهام الإدراكية التي تميزنا كأفراد فقط. فالوسيلة الرئيسية التي تمكّن المصاب من تحقيق استقلاليته عن مساعدة الآخرين هي تأدية أعمال روتينية عادية يعتبرها الإنسان الطبيعي مسلّمة الحدوث. وإعادة تعلم هذه الأعمال أو النشاطات في إطار الحياة اليومية هي عنصر رئيسي من عناصر العلاج التطبيقي وتستغرق جزءاً ووقتاً كبيرين من برنامج إعادة التأهيل.

وتتراوح هذه النشاطات من مهام أساسية مثل استعمال المرحاض والنظافة الشخصية وصولاً إلى كيفية تناول الطعام وارتداء الملابس. ولأن أسباب عدم تمكن المصاب بسكتة دماغية من تنظيف أسنانه بالفرشاة أو تناول الطعام بالشوكة والسكين تتباين حسب نوع الإعاقة وحدّتها، يجب على المعالج التطبيقي أن يعمل مع كل مريض على أساس فردي بحيث يعرف ما هي بالتحديد تلك النشاطات التي يجب أن يتعلمها ويتدرب عليها كل فرد. فمثلاً لا يمكن تعليم الشخص المصاب بشلل والذي يعتمد على الكرسي النقال كيفية الانتقال مشياً من غرفة النوم إلى الحمام، بل يتم التركيز على تعليمه كيفية استعمال الكرسي النقال بالعجلات من نواحي الجلوس فيه وتحريكه وغيرها، وهذه تختلف عن الاستراتيجية المتبعة لمريض يستعمل العكّازات مثلاً.

وتشمل بعض نشاطات الحياة اليومية ما يلي:

1 ـ **إستعمال المرحاض:** حتى أبسط المهارات الأساسية يمكن أن تعاق بفعل السكتة الدماغية وليس أمراً غير عادياً ألاّ يتمكن المصاب من ضبط مثانته وتأدية مهامها خصوصاً بعد الإصابة بالسكتة مباشرة. ويمكن أن يحصل ضرر في تلك الأجزاء من الدماغ التي تعمل على ضبط عمل المثانة وتوجيهها. حتى أن المثانة نفسها يمكن أن تصاب بالالتهاب نتيجة ذلك. ويمكن للمصاب بالسكتة الدماغية ألاّ يتمكن من إظهار حاجته إلى الذهاب إلى المرحاض بسبب صعوبة التخاطب مع الآخرين. ويسبب سلس البول أو عدم القدرة على ضبطه ضعفاً في المثانة، لذلك يجب البدء بإعادة تدريب المريض على ضبط مثانته بأسرع وقت ممكن.

والأخبار الجيدة هي أن معظم الأشخاص الذين يصابون بسكتة دماغية يستعيدون قدرتهم على ضبط عمل المثانة، ويتم تحقيق ذلك عادة من خلال التالي:

* إشارة معينة يعطيها المريض وتعني طلب المساعدة بالذهاب إلى المرحاض.
* الاعتياد على الذهاب إلى المرحاض كل ساعتين بغض النظر عن حاجة المريض إلى التبول.

* ضبط شرب السوائل بعد العشاء وخلال الليل.

من ناحية أخرى، يبدو التعليم الزائد والمتكرر أداة مهمة في إطار إعادة تأهيل المريض بالسكتة الدماغية لأن دماغنا في الأحوال العادية يخزِّن «شرائح» من المعلومات تبرز إلى المقدمة عند الطلب. وعندما تدمر السكتة الدماغية تلك الشرائح أو على الأقل تصيبها بالضرر لا بد من صنع شرائح جديدة (أو صنع مسارات جديدة لتمكين الشرائح الباقية من التجول) وهذا يأتي في صلب عمل الأطباء المعالجين من خلال تمارين مكررة وبكل صبر مع إعطاء تفسيرات مفصلة مترابطة ضمن بنيان واحد.

2 ـ **إرتداء الملابس**: يمكن لعملية ارتداء الملابس التي قد تبدأ من ارتداء القميص وتنتهي بربط شريط الحذاء أن تضع عوائق رئيسية للشخص المصاب بالسكتة الدماغية أمام مهام كانت تعتبر غريزية ولا تخضع لأي تفكير مسبق. والتوجيهات العامة في هذا الإطار هي كما يلي:

(أ) تجنب الملابس التي تربط بالأزرار أو الزمّام المعدني.

(ب) يجب أن تكون الملابس رخوة ومريحة.

(ج) إستعمال ألوان لا تخفي الأزرار أو تموهها وذلك ينطبق على ألوان الأزرار نفسها وعلى تصميم الثياب، وهذا مهم على الأخص في حال وجود إعاقة إدراكية.

(د) إدخال الأحزمة قبل ارتداء البنطلون.

(هـ) إستعمال حمّالات النهدين عند النساء تربط من الأمام وليس من الخلف.

ويشمل ارتداء الملابس عادة مسألة تعلم كيفية استعمال يد واحدة عند المصاب، وهنا يأتي دور المعالِج التطبيقي. وإذا كانت المشكلة إدراكية وذهنية أكثر منها جسدية يلجأ المعالج إلى أساليب أخرى قد تشمل استعمال دفاتر الذاكرة التي تصف تعليمات ارتداء الملابس خطوة خطوة. وقد يشمل العلاج لاحقاً تبديل «محيط» ارتداء الملابس كاستبدال الخزانة وتغيير ترتيب الثياب والإبتعاد عن كل ما قد يبدد الإنتباه الضروري عند المريض خلال ارتدائه ملابسه مثل صوت الراديو أو التلفزيون أو أصوات أشخاص آخرين وغيرها.

3 ـ **عنصر النظافة الذاتية**: يكون الإستحمام عادة ممتعاً للشخص الطبيعي لكنه يصبح مزعجاً للمصاب بالسكتة الدماغية من حيث استهلاك الوقت الطويل والشعور بالإحباط والضغط النفسي. وقد ينطبق هذا على سائر نشاطات النظافة الشخصية ويضطر المريض إلى إعادة تعلم كيفية ممارسة تلك النشاطات خطوة خطوة بحيث يتم تقسيم عملية الإستحمام إلى مراحل تسلسلية يتبعها المصاب وتشمل خطوات كانت تعتبر من قبل أمراً مسلّماً به. ويجب تأدية تلك الخطوات مراراً وتكراراً حتى تصبح أوتوماتيكية مثل: كيفية فتح الحنفية؛ ضبط حرارة المياه؛ استعمال الصابون وأخيراً استعمال المنشفة ويمكن إدخال هذه التعليمات في دفتر ذاكرة المريض وبحيث يمارسها بتواصل واستمرار حتى يمتلكها من جديد.

وتشمل ملاحظات النظافة الذاتية مثلاً تنظيف طقم الأسنان الاصطناعية عند المسنين واستعمال آلات الحلاقة الكهربائية بدلاً من الشفرة المعدنية وغيرها.

4 ـ **تناول الطعام**: يتطلب الإشتراك في تناول وجبة غذائية ما هو أكثر من الشهية حيث يحتاج الشخص إلى استعمال الشوكة والسكين والالتزام بآداب المائدة فضلاً عن مضغ الطعام وبلعه بالطريقة الصحيحة. لكن لسوء الحظ تؤثر السكتة الدماغية في كل هذه المهام حتى أنها تؤثر في الشهية نفسها والرغبة في تناول الطعام. ويمكن لتأثر الشهية أن ينتج من عوامل نفسية عند المصاب ناتجة من السكتة وليس بسبب السكتة نفسها لأن إحدى عوارض الإكتئاب هي فقدان الشهية للأكل والتي تحصل عند كل مصاب بالسكتة الدماغية ولو فترة قصيرة (سوف أناقش الإكتئاب والمسائل النفسية في الفصل التالي).

ويتم تعليم المريض كيفية مضغ الطعام وبلعه من قبل طبيب النطق لأنها تشمل استعمال العضلات ذاتها التي تستعمل في النطق والكلام. وسوف أناقش هذا في الجزء التالي من الفصل.

وفي حال تواجد المشاكل النفسية التي تسبب مشاكل في تناول الطعام تقع معالجة الحالة عندها ضمن عمل المعالج التطبيقي أو طبيب النطق والكلام

وكلاهما يقومان بمراقبة المصاب خلال تناوله الطعام لتحديد مدى الصعوبة. وقد يحتاج المريض في بعض الأحيان إلى أساليب جديدة تساعده على تناول الطعام بيد واحدة.

ويتم عادة إلحاق المريض بمجموعة من المرضى تتلقى إعادة التأهيل بحيث يتناولون الطعام معاً على طاولة واحدة، وقد يتم استعمال أدوات خاصة لذلك أي شوكة خاصة وملعقة خاصة وسكين خاصة وربما أطباق خاصة تسهل تناول الطعام بيد واحدة. ويتعلم المريض أيضاً أساليب أخرى واستعمال أدوات تساعده على الاستقلال عن مساعدة الآخرين في هذا المجال وترفق هذه بالتشجيع والمساندة من قبل الأطباء ومن قبل المرضى الآخرين الذين يشاركونه الطعام.

نموذج عن قائمة الأهداف العلاجية

تحديد الأهداف العلاجية خطوة هامة باتجاه تحقيق استقلالية المريض، وتشمل وضع أهداف واقعية بعيدة الأمد وقصيرة للمحافظة على اندفاعية المريض وحماسه للعلاج:

الهدف البعيد الأمد: إرتداء الملابس بالشكل الكامل دون مساعدة الآخرين.

الهدف القصير الأمد: إرتداء القميص بشكل مناسب ولائق.

النشاطات المطلوبة لتحقيق الأهداف: المشي باتجاه خزانة الملابس.

اختيار الملابس.

إخراج الملابس المطلوبة من الخزانة.

إدخال الذراعين في الأكمام.

تزرير القميص بالشكل والترتيب الصحيحين.

اتباع إجراءات مماثلة في ارتداء بقية الملابس.

الاجراءات المتبعة يومياً:

وصف النشاط المطلوب تنفيذه	نفّذ	لم ينفّذ
الاتجاه إلى الخزانة وفتحها	×	
إخراج الملابس من الخزانة	×	
التمرن على إدخال الذراعين في الأكمام		×

علاج النطق والكلام: الإتصال مع الآخرين في العالم الواقعي

من دون القدرة على الاتصال مع الآخرين والتخاطب معهم يكون من المستحيل معرفة حاجات المريض أو تفسيرها، ولا يمكن إنعاش الذاكرة من دون هذه القدرة أو مشاركة الآخرين بأمور الذاكرة، والأهم من كل ذلك أن العلاج التطبيقي لا ينجح كلياً من دون قدرة المريض على الاتصال مع الآخرين. ولتحقيق الاستقلالية الكاملة والحقيقية لا يحتاج المريض بالسكتة الدماغية فقط إلى التقارب مع العالم الخارجي بل يجب أن يحقق الاتصال معه والتخاطب مع عناصره وهنا يأتي دور علاج النطق والكلام.

تعلّم المهارات اللغوية

عندما نفكر باللغة نفكر أولاً بالكلام ولكن عندما تعاق القدرات اللغوية بفعل السكتة الدماغية وتضعف يمكن أن تأتي الصعوبات بأشكال مختلفة ويكون التعبير الكلامي واللفظي واحداً منها فقط. ولصعوبات اللغة الناتجة من السكتة الدماغية تعبير طبي هو عَمَه الكلام (aphasia) ويتواجد عادة في السكتات التي تصيب النصف الكروي الأيسر من الدماغ والذي يرفق بشلل أو وهن في الجانب الأيسر من الجسد، وعَمَه الكلام شائع في الفترة التالية للإصابة بالسكتة الدماغية ويشمل المشاكل والعوارض التالية:

1 ـ **صعوبة في فهم الكلام المسموع**: وهنا لا يفهم بالسكتة الدماغية الكلمات التي يسمعها من الآخرين ولا علاقة لهذا بالقدرات السمعية للمريض لأن سمعه يكون جيداً لكن لا يفهم ما يسمعه حتى أنه قد يسيء فهم ما يسمعه بحيث يظن صوت الكلب صوتاً للقطة أو يفسر الكلام المسموع تفسيراً خاطئاً ومغايراً.

ولسوء الحظ، لا يمكن معرفة ما هي الكلمات التي لا يفهمها المريض أو يسيء فهمها ومتى يحصل ذلك. وفي الحقيقة تستند معظم أساليب علاج النطق والكلام إلى الافتراض بأن المريض يتعلم لغة جديدة فيتم استعمال جمل صغيرة وبسيطة، ويتم التخاطب معه ببطء وتستعمل مفردات بسيطة ومعتادة، وعندما لا يفهم المريض كلمة معينة تستبدل بكلمات أخرى لشرحها.

من ناحية أخرى يمكن للمصاب بالسكتة الدماغية أن ينجح في استعمال كلمات تلقائية الاستعمال مثل «من فضلك» و«شكراً» و«نعم» و«لا» و«أهلاً وسهلاً» أو «إلى اللقاء» أو «مع السلامة» دون أي مشكلة لأن هذه الكلمات راسخة في الذاكرة مدة طويلة بحيث من الصعب فقدانها. لكن الكلام العملي أو المرتبط بالأفعال يمثل مسألة مختلفة حين لا يقدر المصاب بالسكتة الدماغية على التعبير عن أفكاره ومشاعره وآرائه خلال المحادثة مع الآخرين.

2 ـ **مشاكل في فهم الكلام المقروء**: وهذه تحصل عندما لا يفهم المريض ما يراه من كلمات على الورق وقد يحذف بعض الكلمات خلال القراءة أو يستبدلها بأخرى. وقد يكون المريض قادراً على التفوه بالكلمات التي يراها ولكن دون فهم حتى أنه قد يفهم بعض الكلمات دون فهم الجملة أو الفقرة ككل. وهنا يلجأ طبيب العلاج التطبيقي وطبيب النطق والكلام إلى استعمال الأسئلة للمساعدة في تحديد مدى الضرر الحاصل في القدرة على الفهم مثل سؤال: ما هي الفكرة الرئيسية في الفقرة التي قرأتها؟ وهكذا.

3 ـ **مشاكل لغوية بصرية**: حيث لا يكون المريض قادراً على مشاهدة جانب من الصفحة التي يقرأها أو غير قادر على تركيز عينيه على صفحة الكتاب. وفي بعض الأحيان يمكن للمريض بالسكتة الدماغية أن يتجاوز جملاً وفقراتٍ كاملة وبالتالي لا يفهم شيئاً مما يقرأه.

4 ـ **عدم القدرة على التعبير وعلى صياغة الكلمات**: كان خالد يعرف ماذا يريد لأنه كان ينظر إلى مفتاح تشغيل جهاز تبريد الهواء في الغرفة وكان يريد تشغيله لأنه كان يشعر بحرارة قوية وكان يتعرق ووجهه متورد وأحمر. وكانت زوجته تجلس إلى جانبه ولم تلاحظ شعوره بالحر، وحاول خالد التعبير عن نفسه

بتوجيه إصبعه إلى مفتاح تشغيل الجهاز لكن ذراعه اليمنى كانت مشلولة وحاول أن يشرح ما يريده لكنه لم يعثر على الكلمات المطلوبة ولم يتمكن من قول كلمة: جهاز التبريد.

لكن بعد أسابيع عدة تمكن خالد من الطلب من زوجته تشغيل جهاز التبريد ولم يكن ذلك بواسطة الكلام لأن طبيب النطق علّمه حركات معينة للتعبير، فكان ذلك بوسيلة الرسم لأنه لم يستعد بعد قدرته على الكلام. كذلك اقترح عليه الطبيب الإحتفاظ بدفتر ملاحظات ليرسم بيده غير المصابة ما يمكن أن يفسر ما في ذهنه من أفكار.

وتعد مشكلة خالد ميزة شائعة للإصابة بعَمَه الكلام الذي يؤثر في القدرة على التعبير وصياغة الكلام وهنالك مزايا أخرى لهذا الاعتلال هي:

1 ـ **فَقْد الأسماء (anomia)**: هنا، كما عند الشخص الذي فقد ذاكرته، يملك المريض مشاكل في تذكر الأسماء والتواريخ والأماكن ويمكن أن يواجه مشكلة تعريف وتسمية أشياء محددة.

2 ـ **الدوران حول المعنى**: وهذه مشكلة خاصة لأن عدم تذكر إحدى الكلمات ومحاولة البحث عن كلمات أخرى لإعطاء المعنى المطلوب يمكن أن يستغرق وقتاً كبيراً ويثير الإحباط عند المريض.

3 ـ **استبدال الكلمات**: يمكن لخالد في أحوال الحر أن يقول لزوجته مثلاً: شغِّلي «الطاولة» بدلاً من قوله شغلي «جهاز التبريد» ويتم علاج هذه الحالة بتصحيح الكلمات والجمل للمريض من قبل طبيب النطق وتكرارها مراراً أمامه.

4 ـ **إستعمال كلمات جديدة غير متداولة.**

مساعدة المصاب بالسكتة في النشاطات اليومية

عند مراقبتك قريبك المصاب وهو يحاول ربط حذائه أو تناول طعامه أو تصفيف شعره قد يكون رد فعلك الأولي محاولة مساعدته في ذلك لأنك تظن أن الأمر استغرقه طويلاً وهو يشعر بإحباط كبير، على الرغم من محاولاته الصعبة.

طبعاً بإمكانك المساعدة ويمكن إكمال المهام في وقت قصير لكن المساعدة هنا لا تمثل حلاً للمشكلة لأن هدف إعادة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية هو تحقيق استقلالية المريض. والطريقة الوحيدة التي تمكّن قريبك من استعادة تلك الاستقلالية هي أن يتعلم كيف يمارس تلك المهام البسيطة بنفسه، بغض النظر عن الوقت الذي يستغرقه لذلك.

* تكرار الكلام مرات عدة من قبل المريض يمثل أحد مظاهر عَمَه الكلام.
* الإكثار من الكلام دون معنى على الرغم من استعمال الكلمات الصحيحة والقواعد الصحيحة يمثل أيضاً أحد مظاهر عَمَه الكلام عند المصاب بالسكتة الدماغية.

إعادة تأهيل المصاب بعَمَه الكلام أكثر فعالية عند أولئك الذين يصابون بالسكتة الدماغية في النصف الكروي الأيسر من دماغهم والذين بدأوا بالخضوع لبرنامج إعادة التأهيل ضمن فترة الثلاثة أشهر التالية مباشرة للإصابة والذين يتلقون علاج النطق والكلام بشكل دوري ومنتظم.

بالإضافة إلى عَمَه الكلام توجد مشاكل أخرى في النطق واستعمال اللغة وتشمل ما يلي:

عدم القدرة على استعمال الأعضاء الجسدية الخاصة بالنطق والكلام

يمكن للمصاب بالسكتة الدماغية أن يملك مشاكل في استعمال لسانه وأسنانه وشفتيه في الكلام وتأتي هذه الحالة ضمن نطاق العَمَه الحركي ويمكن أن يضعف لسان المريض أو فمه أو حنجرته. وتعرف الحالة عندها باللكنة أو عسر التلفظ. وكلتا الحالتين تمنعان الشخص من صياغة الكلام ومن التعبير لفظياً عما يريده. وهنا يركز طبيب النطق على الجانب العضوي من عملية صياغة الكلام.

مشاكل القدرة على الكتابة

يشمل الاتصال بالآخرين القدرة على الكتابة. والكثير من المصابين بالسكتة الدماغية الذين يعانون بسببها صعوبات النطق والكلام يعانون أيضاً مشاكل في الكتابة، فلا يمكنهم مثلاً كتابة فقرات كاملة ولا يتذكرون كل الحروف ولا يمكنهم حتى كتابة جملة كاملة أو الكتابة وفقاً لقواعد الكتابة الصحيحة. لكن يمكن إعادة تعليم هؤلاء المرضى مهارات الكتابة، وهنا يكون لإرادة المريض دور مهم في المساعدة على ذلك.

ويشمل علاج النطق والكلام استعمال بطاقات رسوم أو أحرف تمثل مفاتيح الكلام.

فيلجأ المريض إلى رسم يمثل جهاز التبريد ليعبر عن رغبته في تشغيله أو إلى رسوم تمثل مختلف المأكولات ليعبر عن رغبته في مأكولات معينة وهكذا.

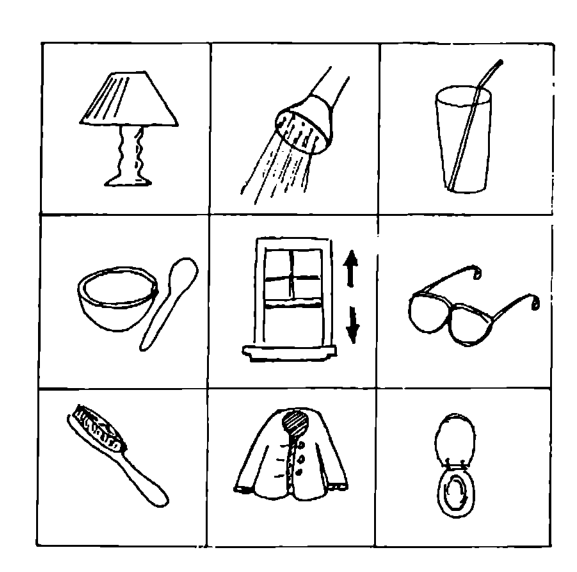
أخيراً يركز طبيب النطق والكلام على تعليم المريض حاجات تطبيقية مثل قراءة العناوين وفهمها وكتابتها وأرقام الهاتف وأسماء الأدوية التي يستعملها.

صعوبات البلع

لسوء الحظ، قد لا يتمتع المصاب بالسكتة الدماغية والذي يعاني العطش بشرب كوب من الماء البارد لأن عضلات فمه وحلقه تكون قد ضعفت بفعل مرضه حيث يحصل ضرر في الصلة بين الدماغ واستعمال تلك العضلات. وتسمى هذه الحالة «عسر البلع» (dysphasia) وعلاجها يأتي ضمن العلاج التطبيقي وعلاج النطق والكلام خصوصاً خلال تناول المريض طعامه، وترتكز الاقتراحات على التالي:

* تناول كميات بسيطة من الطعام أو الماء وبالتدريج.
* مضغ الطعام جيداً.

الشكل: نموذج عن بطاقات الرسوم والأحرف التي تساعد في الكلام



Space	A	B	C	D	Start Over
E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P
Q	R	S	T	U	V
Yes	W	X	Y	Z	No

* استقامة الجزء العلوي من الجسد خلال تناول الطعام من دون انحناء.

* تناول الطعام ببطء مع فترات استراحة قصيرة خلال البلع.

* تناول الأطعمة الطريّة السهلة البلع.

كذلك يُعلِّم طبيب النطق والكلام المريض تمارين مختلفة لتحسين قوة عضلات فمه وحلقه. وفي بعض المستشفيات تُعالَج المشكلة من قبل فريق معالج مؤلف من طبيب عام وطبيب النطق وطبيب العلاج التطبيقي وممرض أو ممرضة واختصاصي بشؤون التغذية حتى أنه يمكن اللجوء إلى طبيب خاص بالجهاز التنفسي.

العلاج الترفيهي: التمتع بالعالم الخارجي

لتحقيق الحياة المتوازنة يجب إرفاق العمل بالترفيه والحياة المتوازنة مهمة على الأخص للمصابين بالسكتة الدماغية وهنا يأتي دور المعالج الترفيهي الذي يوفر عنصر التسلية والكثير من التعليمات الخاصة بالعودة إلى المجتمع.

ومن المهم أن يتعلم المريض كيف يتمتع بحياته ويرفّه عن نفسه بعد الإصابة بالسكتة الدماغية والنجاة منها وتكييف أوقات التسلية مع حالة العجز. وقد يركّز المعالج الترفيهي على الموسيقى والنشاطات الفنية والحفلات الاجتماعية وكيفية إقامة العلاقات الجديدة. كذلك يعمل المعالج هنا على تعليم المريض كيفية الاسترخاء وبناء الدوافع الذاتية والثقة بالنفس وتقدير الذات لأن هذه تعد عناصر مهمة في العلاج الترفيهي وتساهم في نجاح برنامج إعادة التأهيل.

من ناحية أخرى قد يشمل العلاج الترفيهي في المستشفيات التنزه في حديقة خاصة مع مرضى آخرين وممارسة بعض الألعاب أو الرياضة الخفيفة، وهذه النشاطات ليست فقط ترفيهية بل تساعد المريض على العودة إلى المجتمع.

عوارض عسر البلع

* السعال المتكرر والإكثار من فتح الفم.
* تناول الطعام والشرب بسرعة كبيرة أو ببطء شديد.
* إدخال كمية كبيرة جداً أو قليلة جداً من الطعام في الفم في وقت واحد.
* التقيؤ فور تناول أي طعام أو شراب.
* حشو الفم والخدين بالطعام قبل مضغه.
* زيادة في اللعاب.
* إقفال ضعيف للفم والشفتين.
* تحريك اللسان بشكل شاذ.
* إنطلاق صوت من الفم كما لو كان مليئاً بالماء.

يمكن لكل هذه العوارض أن تؤدي إلى مشاكل تنفسية أو الاختناق بفعل الطعام، وهذه الحالة تحصل حقاً في حال عدم معالجة عسر البلع.

خلاصة التأهيل: التدريب على امتلاك المهارات

يعد هذا التدريب الجانب الوظيفي الإجمالي من برنامج إعادة تأهيل المريض بالسكتة الدماغية، ويشمل كل عضو في فريق الأطباء والمعالجين بدءاً من العلاج التطبيقي ووصولاً إلى العلاج الترفيهي وبشكل منسق لمساعدة المريض على العودة إلى العالم الواقعي.

وأفضل وسيلة لتعلم أي مهارة هي ممارستها وتطبيقها مثل الخروج في رحلة على متن الباص العام أو قراءة خريطة والذهاب إلى المصرف لإيداع أو سحب النقود أو الذهاب إلى مكتبة عامة أو مخزن لبيع الكتب أو تناول الغذاء في مطعم والرد على المكالمات الهاتفية. كل هذه المهام الحياتية تساهم في إعادة تعليم المريض كيفية مقاربة المشاكل وحلها، فضلاً عن القدرة على تنظيم الأمور وإدراك الأمكنة والأشياء بشكل عام والقدرة على الاتصال بالآخرين.

ويتم تشجيع المريض على ممارسة ما يناسب قدراته الجسدية والذهنية مع إبقاء روح التحدي. وما يساعد في هذه الحالة هو وضع أهداف واقعية قصيرة المدى فلا يتم الطلب من المريض الذي يواجه مشكلة في القدرة على حل المشاكل واتخاذ القرار وفي النطق والإدراك أن يذهب إلى السوبرماركت في مراحل علاجه الأولى، بل يقتصر الأمر على تنظيم لائحة باحتياجاته قبل تنظيم الرحلة إلى السوبرماركت. وقد لا تشمل الرحلة الأولى الإبتياع بل تشمل استكشاف السوبرماركت والبضائع المتوافرة فيه، هذه أهداف بسيطة تساهم في بناء الثقة بالنفس خطوة خطوة.

وتزداد تلك الثقة شيئاً فشيئاً مع تحقيق كل هدف على حدة بحيث يبقى الإندفاع قوياً ويستعيد المريض احترامه لذاته. وتكمن أهمية هذا التدريب في أنه خلال ممارسة هذه النشاطات اليومية تحصل إعادة تأهيل للوظائف الجسدية والإدراكية الذهنية المتصلة بالسكتة الدماغية.

وبشكل عام يحصل معظم التحسن ضمن الأشهر الثلاثة أو الستة الأولى التالية للإصابة بالسكتة الدماغية، لكن تحسن النطق واستعمال اللغة غالباً ما يتطلب فترة إضافية تدوم عدة شهور أكثر. وفي الحقيقة لا تحصل إعادة التأهيل في أوقات متساوية لكل الجوانب ولكل المرضى حيث يمكن للمريض مثلاً أن يصل إلى استعادة القدرة على المشي وارتداء الملابس ويظل يعاني مشاكل في الكلام والفهم والقراءة.

وقبل الانتقال إلى الفصل التالي توجد نقطة مهمة لا بد من تكرارها وهي أن فقدان القدرة على الكلام وعدم القدرة على تزرير القميص أو استعمال الشوكة والسكين لا تعني فقدان الذكاء عند المصاب بل هي مجرد فقدان قدرات وظيفية. لكن لسوء الحظ، غالباً ما يتم الربط بين الصعوبة في تأدية المهام وعدم الذكاء والمساواة بينهما خصوصاً من قبل المريض نفسه وينزع المجتمع إلى التقليل من أهمية المصابين. وبسبب خطأ ذلك يمكن للعوامل النفسية والعاطفية الناتجة من هذا التفكير السلبي أن تخرب كل العمل الجيد لبرنامج إعادة التأهيل. ويمكن أن تصبح العواطف والمسائل النفسية في أفضل

الأحوال مربكة وفي أسوأ الأحوال مميتة خصوصاً عند المصاب بالسكتة الدماغية، وهذا هو موضوع الجزء التالي من الكتاب.

الفصل الرابع عشر

المسائل النفسية والعاطفية بعد الإصابة بالسكتة الدماغية

لقد تغيرت حياتي بين ليلة وضحاها وفجأة لم أعد قادراً على الذهاب إلى الحمام بمفردي أو ممارسة واجباتي كزوج أو أب. وأنا أفضل الآن ومع ذلك ألا يسبب هذا اكتئاباً نفسياً؟

مصاب بالسكتة الدماغية عمره 49 سنة

المشاعر العميقة والكثيرة الناتجة من السكتة الدماغية ـ جسدياً ونفسياً ـ جديرة بالاهتمام كأي جانب آخر من حالة المصاب ويمكنها أن تسبب النجاح أو الفشل لبرنامج إعادة تأهيل ذلك المصاب.

* كان أحمد يحاول التحسن حقاً وكثيراً وكان يتمرن على استعمال العكّازات ويدرس دفتر الذاكرة مراراً وتكراراً لكن مشاعره لم تساعده. وهنا نجد رجلاً عاش أكثر من نصف قرن وأنشأ عائلة وعملاً وعاش حياة طويلة وصعبة، وفجأة أصبح غير قادر على تذكر اسم الممرضة ويعتمد على الآخرين لمساعدته في المشي. وعلى الرغم من أنه لا يعترف بذلك لكنه في بعض الأحيان يتمنى لو مات بفعل السكتة ولم يبق على قيد حياة كهذه وهذا الألم النفسي هو أسوأ ما في الحالة.
* لم تتمكن منى من النوم في سرير المستشفى ودقّت جرس الممرضة ثلاث مرات حتى فقدت الأخيرة صبرها. فالمشاعر المهيمنة على منى كانت مخيفة ولم تتمكن من البقاء وحيدة وكانت خائفة من الخلود للنوم خوفاً من عدم الاستيقاظ ثانية إلى الأبد. وكانت تخاف من سكتة دماغية ثانية يمكن أن

تحصل. وهكذا بدأت تئن بصوت أعلى وبدا كما لو أنها مسكونة بالخوف وأخذت تتصبب عرقاً لأن قلقها النفسي بدأ يزيد.

* نظر ربيع إلى زوجته النائمة إلى جانبه وافترض أنها كانت مستيقظة مثله وتعجب وتساءل متى يتوقف توتره النفسي ولم يعرف كيف يخبر زوجته بتساؤلاته وحاول فعل ذلك لكنه لم يتمكن من الكلام وشعر كما لو أنه شخص غير كفوء لأنه لم يقدر على التعبير عن حبه لزوجته.

* بدا أبناء السيدة نجاة مرهقين بعد التناوب على زيارة والدتهم في مستشفى تأهيل المرضى بالسكتة الدماغية وعلى الرغم من أنهم تشجعوا بتحسن حالتها لكن شعورهم كان مؤلماً. والألم ناتج من مراقبتهم لوالدتهم وهي غير قادرة على فعل الأشياء التي كانت تفعلها من قبل. وحاولوا إخفاء تلك المشاعر عنها لأنهم لم يريدوا إزعاجها حتى أنهم لم يتأكدوا من طبيعة مشاعرهم نحوها وهل كانت نوعاً من الغضب والخوف والألم أو مزيجاً من كل ذلك.

بالإمكان مناقشة الجوانب الجسدية من السكتة الدماغية بأوصاف مادية، وبالإمكان التحدث بالتفصيل عن الإجزاء المصابة في الدماغ ومسار الجلطة الدموية فيه، وبالإمكان أيضاً شرح نقاط محددة في برنامج إعادة تأهيل المصاب بدءاً من التمارين والأساليب العلاجية وتقييم مدى تحسن حالة المريض.

لكن الجوانب النفسية والعاطفية في السكتة الدماغية غير واضحة وحاسمة، بل هي مربكة لأنها مكونة من مشاعر يمكن أن تتغير من يوم إلى آخر ومن ساعة إلى أخرى، ولأن هذه الجوانب يمكن أن تكون غامضة يجد الناس أنها أكثر إثارة للخوف.

وكما يظهر من وصفنا لحالة أحمد ومنى ونجاة تلعب المسائل النفسية دوراً مهماً في عملية إعادة التأهيل. وفي الحقيقة يؤثر التركيب النفسي والعاطفي للمريض وللذين يعنون به في النتيجة النهائية لإعادة التأهيل. ولقد وجدت إحدى الدراسات أنه بينما نجح الكثير من الذين نجوا بحياتهم من السكتة الدماغية في استعادة 76 بالمئة من مستوى وظائفهم الجسدية السابقة

فإنهم نجحوا في استعادة 35 بالمئة فقط من مهامهم الاجتماعية السابقة للسكتة الدماغية. وبكلمات أخرى لم يتحسن النشاط الاختلاطي الاجتماعي لهؤلاء المرضى كما يجب، ويقاس هذا بالوقت الذي يقضونه برفقة أشخاص آخرين، وفي النشاطات الاجتماعية والترفيهية وبالتالي فإن حالتهم النفسية لم تتحسن كما يجب. وهذه الحقيقة تترجم نفسها في نوعية الحياة التي يعيشونها بالمقارنة مع ما كانت عليه قبل الإصابة بالسكتة الدماغية وهي نوعية أدنى مما كانت عليه.

وليس من الضروري بمكان أن تكون الحال هكذا عند المصابين بالسكتة الدماغية خصوصاً عند اعتبار الجوانب النفسية والعاطفية جزءاً من علاج السكتة وإعادة تأهيل المصاب. وما يساعد في هذا الأمر محاولة فهم تلك الجوانب وضبطها للمساعدة في منع الخوف وإنجاح إعادة تأهيل المريض. ونراجع تالياً المسائل النفسية والعاطفية واحدة تلوى الأخرى بدءاً من الصدمة النفسية وعدم تصديق الأمر والغضب وكل هذه جزء من عملية الحزن الأولي.

الحزن الأولي

يمكن تمييز ست مراحل جزئية للحزن الأولي لأي مرض خطير وهذا ينطبق على الإصابة بالسكتة الدماغية، وبالتالي توجد ست مراحل نفسية لا بد للمريض وعائلته من تجاوزها لمتابعة الحياة وهي:

1 ـ **المرحلة الأولى: الانكار**: يوجد هدف غير واع للصدمة النفسية الناتجة من السكتة الدماغية وهو إخفاء الخسارة الشخصية والتغيرات الآتية. وخلال هذا الوقت في مركز العناية الفائقة في المستشفى غالباً ما تشعر عائلة المريض بعدم إحساس الواقع وأن هذا لا يمكن أن يحصل لهم. وينطبق الشعور ذاته على المصاب نفسه ولا يمكن للجميع أن يصدقوا أن الأمور قد تغيرت وأن شرخاً ما قد غير حياتهم، وقد يصل الأمر إلى حد نفي حصول الحادثة.

2 ـ **المرحلة الثانية: الغضب**: مع زيادة وعي المصاب بالسكتة الدماغية يبدأ الغضب على شكل: «لا أصدق أن هذا قد حصل لي وليس من العدل أن

يحصل لي» ويمكن أن تُرافق هذه المرحلة بإنكار المرض أيضاً وشعور بالتفاؤل بالتحسن مع الوقت. وتشعر العائلة أيضاً بالغضب بسبب الظروف الجديدة، ومع انتهاء الخطر المهدِّد للحياة تبدأ مشاعر أخرى.

3 ـ **المرحلة الثالثة**: **المساومة مع الحياة**: فبعد إنتهاء الصدمة تبدأ عملية إعادة التأهيل ويأمل المصاب ببداية جديدة وبمعجزة ويقول لنفسه «لو بإمكاني الوقوف ثانية على ساقي لأتابع عملي مدى الحياة». وتساوم عائلة المريض أيضاً الحياة بالتمني إلى الله بأن تعود الأمور كما كانت عليه ويكون ذلك الأمل غير واقعي.

4 ـ **المرحلة الرابعة**: **الاكتئاب**: هنا يدخل الواقع ولا يعود الشخص المصاب، كما كان عليه من قبل، ولن يعود بالفعل. فبنيان الحياة العائلية سيكون مختلفاً ولا بد من نعي الماضي ويبدأ الحزن على فقدانه. وقد يشعر بعض أعضاء العائلة أنهم يفضلون موت المريض على رؤيته بحالته الجديدة الأمر الذي يوجد بالتالي شعوراً بالذنب والاكتئاب الإضافي. وفي الحقيقة إن الاكتئاب مسألة مهمة في إطار الإصابة بالسكتة الدماغية الأمر الذي سيجعلني أناقشه في الفصل التالي.

5 ـ **المرحلة الخامسة**: **قبول الواقع**: وهذا لا يحصل وبالتالي لا يبدأ الشفاء قبل التعبير بصراحة عن مشاعر الغضب والذنب والاكتئاب. ويستند القبول إلى تحليل عقلاني للواقع ومعرفة أن الأمور ستكون مختلفة عما قبل. وهنا يرتبط الأمل بإعادة التأهيل ويصبح إندفاع المريض والعائلة قوياً.

6 ـ **المرحلة السادسة**: **الأمل**: (يأتي الأمل من لهيب اليأس وهذا لا يكون أملاً غير واقعياً بأن المصاب المحبوب سيعود ليكون الشخص الذي كان عليه من قبل بل يكون أملاً حقيقياً ومبرراً بأن المريض بقي على قيد الحياة وأنه بالإمكان الوصول إلى ما يمكن الوصول إليه.

لا يمر الجميع بهذه المراحل النفسية الست وليس بالترتيب المذكور ولكن بشكل عام تحتاج عملية الحزن بدءاً من الصدمة حتى القبول الكامل إلى تبلور تدريجي حتى تنجح إعادة التأهيل ويتم الشفاء.

وأفضل وصف لهذا التغير يكون عن طريق الأمثلة الواقعية. فهنالك أحد المرضى الذي أصيب بسكتة دماغية وعمره 72 سنة وأكمل إعادة تأهيله بنجاح في غضون ثمانية أشهر حيث استعاد مهامه الجسدية والادراكية والاجتماعية. وأظهر اختبار قدرات المريض استعادته لإستقلاليته بمساعدة كرسي نقال بالعجلات وأدوات أخرى. لكن ما أن وصل المريض إلى المنزل حتى تراجعت قدراته وفجأة بدأ يعاني مشاكل في الذاكرة حتى أنه لم يتمكن من تناول الطعام إلا بصعوبة. وأصبح المريض بحاجة إلى مساعدة أحد أعضاء عائلته لتنفيذ معظم المهام اليومية بدءاً من شرب الماء حتى ارتداء الملابس. ولسوء الحظ أدى هذا الاعتماد على الآخرين إلى امتعاضهم منه، وهنا بدأت الأزمة العائلية وحلّ الغضب والعداء والارتباك في المنزل الأمر الذي اضطر العائلة إلى طلب المساعدة الطبية مرة أخرى. وهنا يأتي دور الطبيب في مساعدة العائلة على ادراك التغيرات التي تسببها السكتة الدماغية وضمنها أنه يمكن لكل عضو في العائلة بما فيها المصاب أن يسبب تفاقم الوضع. وهكذا يمثل دور العائلة مع المشاعر الفردية لكل عضو فيها عناصر مهمة في مواجهة تلك التغيرات. وقد يحصل تبدل في أدوار أفراد العائلة، فإذا كان الزوج هوالمصاب يصبح دور الزوجة أقرب إلى دور الأم ويصبح المصاب مثل الطفل. كذلك تتغير الأدوار بفعل زيادة اعتماد المريض على الأفراد الآخرين في العائلة ويبقى السؤال الوحيد المهيمن على العائلة هو: ماذا إذا حصلت السكتة الدماغية ثانية؟

لكن على الرغم من صعوبة الأوضاع المتأتية من المهم ألا تعيق تلك الأوضاع عملية إعادة تأهيل المريض، وفي هذا المثل الأخير نجد أن سلوك العائلة تجاه تلك الأوضاع والتغيرات يؤثر في تقدم المريض نحو استعادته قدراته. وقد تحول ذلك الشخص إلى طفل غير قادر على ممارسة مهامه باستقلالية. على الرغم من ذلك المهم إدراك أن المشاكل والأزمات التي تمر بها العائلة هي منفصلة عن مشاكل المصاب نفسه وأن حزن أعضاء العائلة وسلوكهم ومواقفهم وضغوطاتهم هي أشياء خاصة بهم وحدهم. وعلى الرغم

من التفاعل الذي يحصل بين المريض والشخص الذي يعنى به يجب أن ندرك حالة كل واحد منهم على حدة وبشكل منفصل عن الآخر. وهذه هي الطريقة الوحيدة للحصول على فهم كامل للصلات والتغيرات الحاصلة وبالتالي سياسات المواجهة الفاعلة لتلك التغيرات. لكنني سأكتفي في هذا الفصل بالحالة النفسية للمصاب وإعادة تأهيله نفسياً، وهنا يكون العارض النفسي الأول الذي يصيب كل المصابين بالسكتة الدماغية بدرجات متفاوتة هو الاكتئاب (أو الكآبة).

الاكتئاب (Depression)

الحقيقة الأساسية هي أنه من العادي أن يعاني الشخص من الاكتئاب بعد إصابته بالسكتة الدماغية، والحقيقة هي أن بين 30، 50 بالمئة من كل هؤلاء المصابين يعانون الاكتئاب، وذلك أمر منطقي الحصول.

فأولاً يوجد التأثير النفسي الناتج من حالة العجز عند المريض وحقيقة أنه لا يمكنه مثلاً ارتداء ملابسه بنفسه أو تذكر الأسماء والتواريخ وكلما زاد العجز عند المريض زاد اكتئابه.

ثانياً يوجد التأثير النفسي الناتج عن تضرر الدماغ نفسه حيث يحصل خلل في التوازن الكيميائي داخله بسبب صعوبة الاتصال بين الإشارات العصبية. وفي الحقيقة تُظهر الدراسات أن السكتات التي تحصل في النصف الكروي الأيسر من الدماغ تسبب حالات الاكتئاب أكثر من السكتات التي تصيب النصف الكروي الأيمن فيه.

لكن بغض النظر عن السبب يمكن لهذا الاكتئاب أن يوجد تبايناً في معنويات المريض انخفاضاً وصعوداً. الأمر الذي يسبب حالة عدم استقرار حاد في العائلة، ويمكن أن يسبب مجموعة متنوعة من المشاكل السلوكية بدءاً من السلوك العدائي حتى الصمت الكامل.

عوارض الاكتئاب النفسي

1 ـ الإرهاق الزائد وانخفاض الطاقة.
2 ـ البكاء الزائد.
3 ـ الإبتعاد عن الآخرين.
4 ـ الملل وعدم المبالاة بالأشخاص والعمل والنشاط.
5 ـ عدم القدرة على التركيز الذهني أو اتخاذ القرارات.
6 ـ التذمر من إعتلالات جسدية لا أساس لها من الصحة.
7 ـ الإكثار أو الإقلال من النوم.
8 ـ تزايد الشهية على الأكل أو تناقصها.
9 ـ القلق الزائد.
10 ـ التململ والانزعاج بشكل زائد.
11 ـ مشاعر غير مبررة مثل الشعور بالذنب وبعدم قيمة الذات.
12 ـ مزاج مكتئب وتناقض في المتعة المستمدة من معظم النشاطات.
13 ـ أفكار متكررة بالانتحار والموت.

وإذا أظهر قريبك المصاب خمسة عوارض أو أكثر كل يوم فترة أطول من عدة أسابيع من المحتمل عندها أنه يعاني اكتئاباً رئيسياً ناتجاً من إصابته بالسكتة الدماغية ومن الضروري مناقشة الحالة مع الطبيب على الفور. ويمكن لهذه العوارض إذا استمرت دون علاج أن تخرب إعادة تأهيل المريض ونوعية حياته.

من ناحية أخرى يجب أن يدرك فريق إعادة تأهيل المريض أن العامل النفسي والعاطفي مهم جداً للإبقاء على اندفاعية ذلك المريض ورغبته في العلاج وبالتالي تقدمه المتواصل. ولهذا الغرض يُعيّن اختصاصي نفساني أو اجتماعي لزيارة المريض خلال مرحلة إعادة التأهيل لتحديد حدة الاكتئاب والارتباك أو الخوف. وقد يكون من الضروري أن يعمل ذلك الاختصاصي على اقتراح العلاج النفسي الضروري ضمن الروتين اليومي لبرنامج إعادة تأهيل المريض. كذلك يمكن لهذا الاختصاصي متابعة العلاج النفسي للمريض بعد

إعادة تأهيله أو اقتراح أشخاص آخرين لهذا الغرض. واقدِّم حالياً بعض المشاكل النفسية التي يبحث عنها الطبيب، أي تلك الأنماط الذهنية الكامنة في عقل المصاب بالسكتة الدماغية والتي يمكن أن تصنع الاكتئاب وتساهم في استمراره:

- **التركيز على الآمال والأحلام والرغبات أو التمنيات التي تغيرت نهائياً**: مثل عدم القدرة على متابعة ممارسة هواية مفضلة كقراءة الكتب على سبيل المثال. ولا يعود المريض قادراً على الحلم بأشياء كان يحلم بتحقيقها من قبل.
- **خوف عارم من التقدم في السن ومن الموت وفقدان الاستقلالية الشخصية**: وهنا يمتلىء ذهن المريض بتساؤلات عما يمكن أن يحصل تالياً، وعما إذا كانت السكتة الدماغية التالية قادمة. من ناحية أخرى يقلق كثيرون من عدم التمكن من مواجهة الأعباء المالية للعلاج ومواجهة كلفة المعيشة لاحقاً.
- **تبدل في النظرة إلى الذات**: يختلف جسد المريض بعد إصابته بالسكتة الدماغية خصوصاً في شكل أطرافه المعاقة أو المشلولة. وسواء كان مقعداً على الكرسي النقّال أم لا فهو ينظر إلى نفسه في المرآة ويشاهد شخصاً عاجزاً، وهذا مؤلم للنفس.
- **فقدان تقدير الذات**: كل العناصر السابقة تؤدي إلى انخفاض في تقدير المريض لذاته يصل إلى حد الاشمئزاز من النفس. وتركِّز المستشفيات في هذا الإطار خصوصاً في مرحلة إعادة التأهيل على التغلب على هذه المشاكل بتشجيع المريض مثلاً على عدم اعتبار نفسه مريضاً من خلال وسائل معينة مثل عدم إرتداء روب المستشفى وارتداء ثياب عادية، وتشجع النساء على الاهتمام بمظهرهن الخارجي. ويُطلب من المريض المحافظة على نظافته الشخصية والاستحمام يومياً. وهذه الأساليب لا تساعد فقط على إعادة تدريب المريض على أساليب الحياة اليومية بل تساعد أيضاً في إعادة تقديره لذاته واهتمامه بنفسه وفي إعادة بناء العلاقات مع الآخرين.

كذلك يتجاوز تأثير الاكتئاب دوافع المريض ليؤثر سلباً في نجاح برنامج إعادة التأهيل. وقد وجدت الدراسات أنه فور حصول الاكتئاب للمصاب

تتناقص قدراته على تنفيذ المهام. وقد وجدت دراسات أخرى أن المرضى المكتئبين هم الأكثر إصابة بالإعاقة والضعف ويكون تشخيص العوارض عندهم أكثر صعوبة بحيث من الصعب التكهن بتطور حالتهم. وتوجد علاقة قوية بين الاكتئاب والقدرات الوظيفية المهامية (Functional) والتطبيقية بحيث إذا لم يتقدم المريض بإعادة التأهيل تعد تلك إشارة حمراء بأنه مصاب بالاكتئاب.

نقاط أخرى حول الاكتئاب

يملك الكثير من الذين يعانون من الاكتئاب بعد السكتة الدماغية الأنماط والمسارات الدماغية غير المنتظمة وغير المتوازنة ذاتها التي تحصل عند الأشخاص المكتئبين الذين لم يصابوا بسكتة دماغية وتكون مشاكلهم النفسية متشابهة. فيمكن مثلاً لسوء استعمال الكحول أو الأدوية أن يسبب السكتة الدماغية وذلك يعد أيضاً سبباً شائعاً للاكتئاب غير الناتج من السكتة الدماغية. والبرهان الأكيد على ذلك يأتي من خلال اختبار ديكساميثاسون الذي يستعمل لإبراز وجود الاكتئاب العضوي (غير النفسي) والذي يؤدي إلى نتائج متشابهة عند الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب بسبب السكتة الدماغية، والأشخاص المكتئبين لأسباب غير السكتة الدماغية على السواء. بالإضافة إلى ذلك يحصل ارتباك ذهني مشابه للذي يحصل في حالات العُته أو الخبل العقلي (dementia) عند الأشخاص المصابين باكتئاب رئيسي ويخف هذا الارتباك عند معالجة الاكتئاب.

من ناحية أخرى تشمل الأساليب التي يلجأ إليها فريق إعادة التأهيل لمعالجة الاكتئاب عند المريض ما يلي:

- **وضع جدول زمني بالنشاط**: حيث يؤدي ملء مفكرة المريض اليومية بنشاطات مختلفة إلى تنظيم أموره عند تغلب المشاعر السلبية عليه والروتين اليومي المليء بأشغال كثيرة يوفر للمريض المكتئب هدفاً يعمل على تحقيقه.
- **وضع أهداف محددة للمريض**: وهنا تكون الأهداف واقعية وتقسم إلى أهداف قريبة وبعيدة، ويكون الهدف منها توفير الاندفاع الإيجابي والسلوك الإيجابي عند

المريض، ومع تحقيق هذه الأهداف يبدأ شعور المريض بالتحسن خصوصاً شعوره بذاته.

- **النشاط الترفيهي**: ومنافع العلاج الترفيهي مهمة وحيوية للانقاذ من الاكتئاب، ويمكن اصطحاب المريض في نزهات يومية ورحلات ميدانية لتأدية نشاطات الحياة اليومية بالاشتراك مع أشخاص آخرين. وتشمل الرحلات الميدانية الذهاب إلى السوق للتبضع أو الذهاب إلى المصرف لسحب الأموال.
- **المعرفة**: يؤدي اكتساب المعرفة إلى القوة، وإذا تعلم المريض كل شيء يخص السكتة الدماغية والاكتئاب يساعد ذلك في إماطة اللثام عن المشاعر المخيفة المجهولة التي تغمره وتهدده.
- **التدريب على وعي النفس**: وهذا يشمل تدريب المريض على وعي الوضع الجديد على الرغم من أن ذلك قد يسبب له حزناً أولياً. لكن ذلك الحزن لا يطول بمساعدة طاقم أطباء إعادة التأهيل والعائلة المدركة للوضع والتدرب على قبوله وعدم إنكاره الأمر الذي يعطي المريض إندفاعاً ورغبة في الاستمرار في إعادة التأهيل للخروج من ذلك الوضع.

الرغبة الجنسية عند المريض بالسكتة الدماغية

على الرغم من أن هذه الرغبة تعد أمراً حيوياً لكن برنامج إعادة التأهيل لا يركز عليها. وتعد المشاكل الجنسية شائعة بعد الإصابة بسكتة دماغية وغالباً ما يتم التغاضي عنها وإهمالها، ويمكن أن تؤدي إلى الحياء والارتباك والخوف والقلق. وكل هذه العوارض السابقة يمكن أن تمنع المريض من التعبير عن تلك المشاكل خصوصاً إذا لم يتطرق الطبيب نفسه إلى الموضوع.

والحقيقة هي أنّ الخلل في الوظيفة الجنسية بعد السكتة الدماغية أمر طبيعي لكن هذا الخلل لا يعني انعدام الرغبة عند المريض. ووجدت إحدى الدراسات أنه على الرغم من حصول انخفاض في النشاط الجنسي بعد السكتة بنسبة 60 بالمئة فإن الرغبة ذاتها تتناقص بنسبة 14 بالمئة فقط.

وتوجد صلة مهمة بين السكتة الدماغية ومشاعر المريض بحيث تتفاقم

المشاكل النفسية التي كانت متواجدة قبل السكتة بعد حصول السكتة الدماغية. وإذا كان الشخص يعاني القلق النفسي قبل السكتة يتزايد هذا القلق بعدها، وهذا ينطبق أيضاً على الاكتئاب النفسي وتبدلات المشاعر والعداء تجاه الآخرين وبالطبع ينطبق على أي خلل سابق في النشاط الجنسي بحيث يتزايد بعد السكتة.

من ناحية أخرى تظهر الدراسات توجه المزيد من المستشفيات إلى معالجة هذا الجانب حتى يتمكن الزوجان من العودة إلى الممارسة الجنسية شرط أن تكون بإشراف الطبيب.

والمشاكل الأساسية التي تؤدي إلى مشاكل جنسية عند المصاب بسكتة دماغية هي:

- **الخوف**: حيث يكون المصاب بعد نجاته من السكتة خائفاً من حصولها ثانية خلال الجماع أو ممارسة الجنس، والخوف يؤدي إلى القلق النفسي وكلاهما يؤديان إلى الخلل الجنسي. ومع ذلك تظهر الدراسات أن هذا الخوف لا أساس له من الصحة. فبمجرد أن يصبح المريض قادراً على تأدية نشاطاته اليومية يصبح بإمكانه ممارسة الجنس خصوصاً أن الزيادة في ضغط الدم مماثلة في الحالتين.
- **الإعاقة الناتجة من السكتة**: وتشمل عدم القدرة على الكلام ومشاكل الذاكرة وصعوبات في الادراك والشلل وربما ضعف الحواس اللمسية والبصرية والسمعية. وكل هذه تتداخل مع النشاط الجنسي خصوصاً إذا حاول المريض ممارسته كما كان قبل إصابته بالسكتة الدماغية. وقد يفرض الأمر تغييراً في طرق ممارسة الجنس بمساعدة الطبيب.
- **المشاكل النفسية والعاطفية**: يمكن أن ينتج العجز الجنسي من الاكتئاب والتغيرات في شخصية المريض وشعوره بالغضب والعداء تجاه الآخرين. كذلك يمكن أن يؤدي ضعف تقدير الذات إلى عدم الاهتمام بالجنس وهذه المشكلة الأخيرة تستدعي استشارة الطبيب أو أي عضو آخر في فريق إعادة التأهيل.

- **سلس البول أو الغائط**: من الواضح أن أي مشاكل في المثانة أو الإمعاء تؤدي إلى شعور سيء خلال ممارسة الجنس وذلك يساهم في زيادة عدم تقدير المريض لنفسه ويؤذي صورته عن ذاته وبالتالي يؤثر في رغبة ممارسة الجنس. لكن يمكن استعمال وسائل أو أدوات معينة تساعد على الراحة خلال الجنس في هذا الإطار، وكذلك يمكن للطبيب أو أي اختصاصي آخر أن يساعد المريض على كيفية التمتع بالنشاط الجنسي على الرغم من الإعاقة الجسدية.
- **الأدوية**: تؤثر الكثير من الأدوية الخاصة بالسكتة الدماغية والأدوية المضادة للاكتئاب في النشاط الجنسي لذلك يجب التأكد من المؤثرات الجانبية لتلك الأدوية.

نقطة أخيرة في هذا المجال هي أن السكتة الدماغية لا تترجم نفسها آلياً إلى خلل في الوظيفة الجنسية. وفي الحقيقة لا تحصل مشاكل جنسية لكثير من المصابين بالسكتة الدماغية والمتزوجين منهم حتى أن بين 20، 25 بالمئة من هؤلاء المصابين يبلغون عن زيادة في نشاطهم الجنسي. وذلك يعتمد على العلاقة القائمة بين الزوجين قبل الإصابة بالسكتة الدماغية.

ووجدت الدراسات علاقة إيجابية بين النشاط الجنسي الصحي وتقدم المريض في إطار إعادة التأهيل وكلما تحسن نشاط المريض الجنسي تزايدت فرصه بالعيش حياة مستقلة.

مسائل نفسية وسلوكية أخرى

الاكتئاب وفقدان النشاط الجنسي هما حالتان فقط ضمن الحالات التي تؤدي إلى المشاكل النفسية والعاطفية وتشمل تلك الحالات ما يلي:

- **قصور الانتباه**: لم تتمكن ندى من مخاطبة زملائها المرضى لأكثر من خمس دقائق ولم يتمكن محمود من قراءة أكثر من فقرة واحدة في إحدى المجلات. وهذا القصور في الانتباه (وتحديداً قصر مدته) هو مشكلة تنتج من الإعاقة الإدراكية والذهنية الناتجة من السكتة الدماغية ويمكن أن تكون مزعجة لعائلة المريض. وقد تسبب هذه الحالة حمل المريض على تكرار بعض الأعمال مراراً

حتى يتمكن من تحقيقها. ويمكن أن يتصرف مثل الأطفال من حيث عدم الاستقرار. وقد لا يتمكن المريض من مشاهدة التلفزيون أكثر من دقائق عدة.

- **القلق النفسي** (Anxiety): استيقظت جميلة في منتصف الليل وقلبها يخفق بسرعة وفمها جافاً وشعرت كما لو أنها أصيبت بسكتة دماغية ثانية على الرغم من خروجها مؤخراً من المستشفى. من ناحية أخرى قد يرفض مصاب آخر بالسكتة الدماغية الخروج من السرير حتى أنه قد يتخذ وضعية الجنين في ذلك السرير وذلك يسبب القلق النفسي وربما الرعب وتسارع خفقان القلب. هذان المصابان بالسكتة الدماغية هما ضحيتان للقلق النفسي الذي هو نتيجة شائعة للخوف من عودة السكتة الدماغية إليهما والخوف الناتج من نتائج السكتة الدماغية نفسها والتي تغير حياة المصاب بها بشكل دائم. ويمكن لهذا النوع من القلق النفسي أن يدوم حتى ثمانية أشهر بعد حدوث السكتة.

ويمكن أن يتفاقم ذلك القلق النفسي بالإثارة الزائدة ويؤدي إلى الإرهاق الزائد وعوارض أخرى إذا لم يواجه فريق إعادة التأهيل المشكلة.

ويمكن تخفيض حدة ذلك القلق بأسلوب بسيط وفعّال في الوقت ذاته وهو يتمثل بتدريب المريض على امتلاك القدرة على اتخاذ قرارات تساعده على توجيه مصيره، وأي درجة من ذلك التوجيه كافية لتخفيف الضغط النفسي الناتج من القلق.

من ناحية أخرى قد تسبب السكتة الدماغية تقلبات سريعة في المزاج لأن السكتة تغير شخصية المصاب نفسه وقد يكون هذا الأمر صعباً بالنسبة إلى العائلة. وتعد تقلبات المزاج أمراً طبيعياً خلال مرحلة إعادة التأهيل ومن الضروري تعليم عائلات المصابين أن السبب يكمن في تغير شخصية المريض بفعل السكتة وليس لأسباب خارجية.

وبشكل عام تساهم المشاكل السلوكية من غضب وبكاء وعداء نحو الآخرين وغيره في زيادة العبء على العائلة وتؤثر في نجاح المريض بالعودة إلى العالم الخارجي المتمثلة بالعودة إلى العمل وإلى المشاركة في النشاطات

الاجتماعية وبأن يعود المريض ليصبح جزءاً من المجتمع. لكن مشاكل المريض السلوكية تجعله ينزوي في المنزل معزولاً ووحيداً وبالتالي تزيد من اكتئابه.

وتساعد العلاجات المختلفة ضمن عملية إعادة التأهيل في تقوية الاستقرار العاطفي عند المريض من خلال التعاطف معه وتفهمه ومساندته بهدف صنع ثقته بنفسه واعطائه الأمل.

وما يمكن أن يضاف إلى هذه العلاجات هو ما يعرف بعلاج إدارة السلوك أو العلاج السلوكي والذي يستعمل من قبل كل أعضاء طاقم فريق إعادة التأهيل ويحصل ضمن العلاجات المختلفة سواء الجسدية منها أو التطبيقية وحتى خلال علاج النطق.

ويتمثل العلاج السلوكي بخطوات عدة تشمل أولا تدريب كل عضو عامل في فريق إعادة التأهيل على كيفية التدخل بسرعة عند حصول أي نوبات عاطفية عند المريض تؤدي إلى سلوك خاطىء بحيث يعمل المعالج على التدخل بهدوء وبطء وبدون استعمال القوة أو العقاب لإظهار نوع الخطأ الحاصل وكيفية تصحيحه. كذلك يتم اللجوء إلى أسلوب مكافأة السلوك الحسن بحيث في كل مرة ينجح المريض في ضبط نفسه دون اللجوء إلى الصراخ أو البكاء ويستعمل المنطق بدلا من التهور يتلقى مكافأة بسيطة تتمثل مثلاً بالسماح له بالسهر لوقت إضافي في الليل أو مرافقته في نزهة في الخارج. وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب قد يبدو طفولياً لكنه يحقق نتائج إيجابية ويساعد في توجيه المريض ليعود إلى ممارسة دور اجتماعي مقبول.

الفصل الخامس عشر

مسائل عائلية

أشكر الله يومياً على بقاء زوجي على قيد الحياة ولا اتذمر من حالته لكنني لم أدرك مدى قساوة هذه الحالة وأشعر كما لو أن حياتي تقتصر على العناية بزوجي وهذا كل ما أفعله.

زوجي مصاب بالسكتة الدماغية عمره 63 سنة.

يمكن تخيل الوضع التالي: الوقت منتصف الليل وزوجك النائم إلى جانبك يبكي في نومه وجسده يرتجف فتقفزين من السرير وتهرعين إلى الهاتف. وتأتي سيارة الإسعاف وتأخذ زوجك إلى قسم الطوارىء في المستشفى وترافقينه يداً بيد.

وتبدأ عملية الانتظار ساعة ثم ساعتين على تلك الكراسي البلاستيكية، شرب القهوة المتواصل. وفي النهاية تأتيك الأخبار من الطبيب، أصيب زوجك بسكتة دماغية وعندها تسمعين كلمات جديدة مثل النصف الكروي الأيسر من الدماغ والفصل الأمامي منه. وهذه لا تعني شيئاً بالنسبة إليك وكل ما تعرفينه أنه على قيد الحياة وتشكرين الله على ذلك.

وتبدأ إعادة التأهيل وببطء يستعيد زوجك قدرته على المشي بمساعدة العكّازات وكذلك يستعيد قدرته على النطق والقراءة ولا يعود التبول عنده سلساً ويبدأ في النهاية بالعودة إلى ممارسة مهامه الجسدية وغيرها وببطء أيضاً. ولكن تبقى مشكلة الذاكرة وحقيقة أنه لا يتذكر دائماً اسمك ويخبرك الطبيب المعالج أن هذا الأمر يتغير مع مرور الوقت. ويبدأ الانتظار والأمل. ثم تحدث مشكلة أخرى هي مشكلة الاكتئاب النفسي والتقلّب المزاجي الذي يكثر حدوثه

ولا تعرفين متى سيكون سعيداً أو حزيناً أو غاضباً.

ومع ذلك تنتظرين وتأملين وتحاولين إبعاد شعورك بالغضب واليأس والإحباط لأنه يجعلك تشعرين بالذنب، لكن في الليل وحيث لا يمكن لأحد سماعك تبكين وتتذكرين ليلة إصابته بالسكتة الدماغية وتفكرين ولا تعرفين عما إذا بإمكانك مواجهة الوضع والاستمرار.

ويعود زوجك إلى المنزل لكنه مختلف عما كان عليه من قبل وتختلف كل أمور الحياة: الأمور المالية ونمط العيش والمسؤوليات وكل شيء وتصبحين أنت أيضاً مختلفة وتشعرين بالتعب والإرهاق.

ويمر الوقت وتعتادين على الأمر وتتعايشين مع التغيرات وتشعرين أنه بالإمكان مواجهة الوضع بعض الأحيان على الأقل. ويبتسم زوجك سعيداً بأنه بقي على قيد الحياة وبأنك لا تزالين معه وتتوقف الكوابيس والهواجس.

هذه الحالة النموذجية وصف عام يعطي جوانب عامة فقط حول المسائل العائلية التي تقوم عند إصابة عضو في العائلة بالسكتة الدماغية وهي: التغيير والخوف والشك والإرهاق. والسكتة الدماغية تجلب هذه الأحوال وأحوال كثيرة غيرها إلى محيط عائلة المصاب.

ويمكن لهذه المسائل أن تسبب انقساماً عائلياً في الوقت الذي تحتاج إليه العائلة بشكل عام والمريض بشكل خاص إلى مساندة ممكنة، ولا يمكن أن تنجح إعادة التأهيل دون دعم العائلة ومساندتها للمريض. ولقد وجدت الدراسات أن المصاب بالسكتة الدماغية، الذي يبقى على قيد الحياة، لا يحقق التقدم الممكن والمطلوب دون مساعدة عائلته له، حتى أن عدم المساعدة والمساندة قد يعيق عملية إعادة تأهيل المريض جسدياً وذهنياً.

بالإضافة إلى ذلك تحتاج زوجة المريض نفسها أو أي شخص قريب منه يُعنى به إلى مساعدة العائلة. وكما يظهر من المثال السابق تبرز بعد التغلب على مواجهة الموت مسائل أخرى قد لا تكون بأهمية الموت والحياة ولكنها

توجد الكثير من الضغط النفسي والألم والإحباط. ويأتي في مقدمة هذه المسائل الأمور المالية وحاجات المريض ومسألة العمل وتبدل الأدوار ضمن العائلة وتقلب مزاج المريض وسلوكه الانفعالي. وكل هذه مسائل مرهقة للعائلة وتضع أمامها أعباءً كثيرة خصوصاً على الزوج أو الزوجة حسب الإصابة. ومن دون المساعدة والمساندة من الآخرين تتأثر الحالة النفسية للشخص الذي يُعنى بالمريض، ويمكن أن يحصل تفكك في العائلة بحيث يزداد شعور كل عضو فيها بأنه وحيد.

وهكذا نجد أن الإصابة بالسكتة الدماغية تغير بنيان العائلة لكن ليس من الضروري أن يصبح ذلك التغير هدّاماً أو يؤدي إلى نتائج هدّامة. ويمكن بالنصائح والتوجيه الملائمين والتفهم توفير المساندة التي يحتاج إليها المريض لإنجاح إعادة التأهيل وتوفير ما هو أكثر من ذلك أي مساندة العائلة والشخص الذي يُعنى بالمريض.

العناية بالشخص الذي يُعنى بالمريض

قبل القيام بمسؤولية العناية بالمصاب لا بد أن يُعنى ذلك المسؤول بنفسه كي يتمكن من القيام بمسؤولياته وذلك يعطيه أو يعطيها إحساساً مهماً بالقدرة على تنظيم الأمور وتوجيهها، والأهم من كل ذلك يوفر القوة الضرورية للاستمرار في العناية بالآخر. وتشمل هذه العناية «الذاتية» التالي:

* تناول الطعام الصحي.
* طلب مساعدة الاختصاصيين في الأمور النفسية والعاطفية خصوصاً المتعلقة بتكيّف المساعِد نفسه مع الوضع الجديد.
* الإبتعاد عن سوء استعمال الكحول والأدوية.
* انفاق بعض الوقت في التسلية والترفيه للابتعاد عن هموم العناية.
* الاحتفاظ بأوقات خاصة للاستراحة والاسترخاء.
* انفاق بعض المال لشراء السلع التي تحبينها كتعويض من مسؤولياتك.

الروابط العائلية

قبل فهم كيفية تأثير الإصابة بسكتة دماغية في عائلة المصاب لا بد من فهم بنيان العائلة ذاتها. فالعائلة هي البنيان الأساسي الذي يحافظ على الحياة في المجتمع. والصلة أو الصلات الشخصية ضمن العائلة قوية وكما يعرف كل شخص يواجه مشاكل عائلية يتم الشعور بالقوة الكامنة لهذه الصلات عندما يحصل أي تفكك أو انقطاع فيها. وبسبب هذه الصلة أو الوثاق أو الرباط العائلي الذي يكون أولياً وغريزياً يوجد دائماً سعي غير واعٍ بالمحافظة على التوازن والنظام ضمن العائلة. ويتم تحقيق هذا النظام والتوازن من خلال توزيع الأدوار الملائمة لكل عضو في العائلة بدءاً من المسؤول الأول حتى «كبش المحرقة». وطالما يعرف كل عضو في العائلة موقعه ودوره، يُصان السلام العائلي، وتبقى الحياة في العائلة متساوية.

ولكن عند حصول تهديد للاستقرار أو النظام العائلي يُفقد التوازن فيها ويحل التوتر والتنافر، فأي تغير يهدد استمرارية العائلة ويتم محاربته عن وعي أو دون وعي، أي على مستوى الوعي واللاوعي عند الإنسان. والسكتة الدماغية تسبب وتجلب تغيراً في العائلة وتُثقلها بالتوتر والتنافر خصوصاً إذا حصلت السكتة الدماغية للمسؤول الأول في العائلة.

ويدخل الضغط النفسي إلى المنزل ويبقى حتى حصول التوازن الجديد. وحتى ذلك الوقت يعم القلق والألم والكرب النفسي بجرعات مضاعفة: جرعة تمثل المأساة الرهيبة الحاصلة للشخص الذي هو موضع الحب في العائلة أو موضع المسؤولية فيها وجرعة تمثل الفقدان المرعب لتوازن العائلة وهويتها.

وباختصار تحتاج العائلة نفسها مع المصاب إلى العلاج والتوجيه وربما بالقدر ذاته الذي يحتاج إليه المصاب وتحتاج العائلة نفسها إلى النصائح لفهم مشاعر الحزن والخوف التي تلفها وكيفية مواجهتها. وأكثر ما تحتاج إليه عائلة المصاب هو فهم وتفهم الشعور بالغضب الذي يليه شعور بالذنب تجاه المريض. وتحتاج العائلة أيضاً إلى مواجهة التغير العميق الذي أحدثته السكتة

الدماغية في نظام العائلة واستقرارها وفي كل جانب من الحياة العائلية كان يتمتع بالتوازن.

ولا تستند كل الوحدات العائلية فقط إلى روابط الدم، فبالإضافة إلى النواة الأساسية المكونة من الزوج والزوجة والأطفال يوجد امتداد للعائلة يشمل الأعمام والعمّات والأخوال وسائر الأقرباء. وتملك العائلة صلات أخرى تشمل الأصدقاء والمقربين، وبغض النظر عن التركيب الفعلي للعائلة تبقى الروابط قوية وقريبة ويمكن أن توفر المساندة المطلوبة. وعندما تحصل السكتة الدماغية تبقى العائلة ـ سواء كانت النواة الزوجية أو العائلة البعيدة أو الصلات القريبة ـ هي الأكثر قدرة على توفير المساعدة.

تحليل الضغط النفسي الناتج من حالة الإصابة بالسكتة الدماغية

قبل أن نتابع مناقشة المشاكل التي تواجهها العائلة أعدد أقوالاً مختصرة في مجال تحليل الضغط النفسي من حالة الإصابة بالسكتة الدماغية وإذا بدت هذه الأقوال أو الأوصاف مطابقة للحالة التي تمر بها عائلتك عندها تحتاج معالجة هذا الضغط النفسي إلى مساعدة إضافية من العائلة لمواجهة الوضع.

(أ) حصول السكتة الدماغية للزوج أو الزوجة.

1 ـ تجد الزوجة أو الزوج أنه لا يمكن التخلص من الشعور بأن جزءاً هاماً من نفسه أو نفسها قد فقد نهائياً وإلى الأبد.

2 ـ على الرغم من عودة الزوج المريض إلى المنزل وعلى الرغم من مرور فترة عدة أشهر على عودته ترفض الزوجة المشاركة في زيارات أو علاقات اجتماعية وتصبح أكثر عزلة.

3 ـ تسبب المسؤوليات الجديدة للزوجة التي تُعنى بزوجها المريض ضغطاً نفسياً وعاطفياً لها تستيقظ في منتصف الليل مذعورة وقلبها يخفق بسرعة.

4 ـ تزايد سوء الأوضاع المالية للعائلة مع مرور الوقت وشعور الزوجة أو الزوج بعدم القدرة على مواجهة المستقبل.

5 ـ الحلم المتكرر بالهروب من الوضع وشعور بالعداء تجاه الزوجة المصابة أو الزوج المصاب.

6 ـ فقدان الإهتمام بالذات عند الزوجة التي تُعنى بزوجها المصاب وتأثير ذلك على مظهرها الخارجي ونظافتها الشخصية.

7 ـ زيادة في التدخين وشرب الكحول وفقدان الشهية للطعام وعدم الاكتراث بأي شيء.

8 ـ تجاهل الحبيب المصاب لدى طلبه المساعدة.

9 ـ تجاهل تعليمات الأطباء واختلاق الأعذار الواهية لعدم التوجيه إليهم وطلب مساعدتهم.

10 ـ الكذب على سائر العائلة والأصدقاء فيما يخص تقدم حالة الزوج المريض.

(ب) حصول السكتة الدماغية لأحد الوالدين:

1 ـ الشعور بمسؤولية إضافية هي العناية بالوالد المريض أو الوالدة المريضة إلى جانب العناية بالزوجة والأطفال إذا كان الشخص متزوجاً وما يمثل ذلك من أعباء مالية ومشاكل زوجية.

2 ـ افتقاد الوالد المريض ومقارنته مراراً بما كان عليه قبل حصول السكتة الدماغية وما ينتج من ذلك من شعور بحصول خسارة كبيرة وتزايد الألم على مر الوقت بدلاً من تحسن الوضع.

3 ـ زيادة في التشاجر والعراك بين الأخوة والأخوات.

4 ـ شعور بتحمل المسؤولية الزائدة ضمن العائلة دون رغبة في ذلك ومع الامتعاض من عدم تعاون الآخرين.

5 ـ عودة التنافس القديم بين الأخوة والأخوات.

6 ـ عدم القدرة على التواصل والتفاهم مع سائر أفراد العائلة وعدم وضوح دور كل شخص والشعور بالتخبط والتعثر.

7 ـ تفاقم الشعور بالغضب والإمتعاض من الوالدين أو أحدهما المصاب بشكل يؤثر في العناية بهما.

8 ـ انخفاض الوقت المخصص لتمضيته مع الوالد المصاب أو الوالدة المصابة وما ينتج من ذلك من شعور بالنوم والذنب والألم النفسي.

9 ـ الشعور بأن الحياة الشخصية أصبحت مؤلمة وتدهور الصحة ويمكن حصول بكاء الابن أو الابنة في بعض الأحيان.

10 ـ الهروب من خلال اللجوء إلى النوم أو الأدوية والمخدرات والكحول.

هذه المشاعر أو الأفعال تبدو طبيعية بعد حصول السكتة الدماغية للشخص الحبيب ولكن إذا استمرت تلك المشاعر وأدت إلى سلوك شاذ فترة طويلة قد تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب النفسي وتستدعي إستشارة الطبيب. ويكون ذلك الطبيب مدرباً على إدراك هذه العلامات التحذيرية وبالتالي يمكنه مساعدة الشخص قبل أن تسوء المشاكل ولا يعود بالإمكان مواجهة الوضع.

الأحاسيس العائلية المرافقة لحالة السكتة الدماغية

وهناك بعض الأحاسيس الأخرى التي ترافق الإصابة بالسكتة الدماغية وهي كما يلي: (هذه الأحاسيس خصوصاً عند زوجة المصاب أو زوج المصابة أو القريب الذي يعنى بالمريض):

الإحساس (1) ـ الهلع:
(يا إلٰهي، لا يمكنني مواجهة الوضع)

قد يزداد خفقان القلب وبسرعة لعدة أسباب، منها الخوف من عدم إمكانية مواجهة الأعباء المالية للعلاج، وخلال المراحل الحاسمة من إصابة الحبيب بالسكتة يمكن أن يتحول الخوف إلى هلع، ويرافق ذلك فقدان السيطرة والتركيز الذهني. وهنا يجب التركيز على جوانب الحياة التي يمكن السيطرة عليها، وهي تشمل الأهداف الشخصية القصيرة الأمد مثل تطبيق الحمية الغذائية، أو التمارين الرياضية، أو أهداف تطبيقية أخرى أو متصلة بالعمل تساعد في الابتعاد عن المنزل. وهنا أيضاً لا بد من طلب مساعدة العائلة

والأصدقاء وأعضاء فريق إعادة التأهيل مع ضرورة قبول حقيقة أنه لا يمكن تغيير بعض الأشياء والأمور والاكتفاء بما يمكن تحقيقه.

سبعة تأثيرات رئيسية للسكتة الدماغية على الحياة العائلية

1 ـ **تأثير مادي**: يتمثل بتركز طاقة العائلة كلياً على ضحية السكتة الدماغية ويحصل تبدل الأدوار ضمن العائلة.

2 ـ **تأثير نفسي**: حصول مجموعة مركبة من المشاعر بدءاً من الشعور بالذنب إلى الشعور بالكآبة، وتشمل هذه المشاعر كل أعضاء العائلة.

3 ـ **تأثير عاطفي**: هنا تتغير المشاعر العاطفية ضمن العائلة من يوم إلى آخر ومن ساعة إلى أخرى، وتتراوح بين التناقض والغضب وبين الإحباط والقلق النفسي.

4 ـ **تأثير اجتماعي**: يحصل تغير في دور العائلة في المجتمع ويحصل تقطع في الأنماط الاجتماعية العادية ينعكس في زيادة العزلة عن الآخرين.

5 ـ **تأثير اقتصادي**: هنا تبرز الضغوط المالية ويمكن أن تشمل خسارة مدخول المصاب، صعوبة مع شركات التأمين الصحية وزيادات في تكاليف لم تحصل قبل الإصابة.

6 ـ **تأثير روحاني**: تلجأ الكثير من العائلات المصابة إلى الاستعانة بالله في أوقات صعبة كهذه وقد يحصل اضطراب في المعتقدات.

7 ـ **تأثير جنسي**: يؤثر في العلاقة بين الزوجين إذا كان أحدهما مصاباً بالسكتة الدماغية.

الإحساس (2) ـ القلق النفسي:
(ماذا لو احتاج لي في منتصف الليل ولم أسمعه؟)

بعد دخول المصاب في مرحلة إعادة التأهيل يتحول الهلع عند زوجته أو في العائلة إلى قلق نفسي، وتبدأ زوجة المصاب بالقلق والتساؤل: هل

سيمشي ثانية؟ هل سيمكنه تناول الأكل؟ هل سيتمكن من ارتداء ملابسه؟ وربما يصل القلق إلى الخوف من عدم إمكانية دفع تكاليف المستشفى. وقد يشمل القلق حصول أوهام كثيرة ومرعبة منها الا تتمكن زوجة المصاب أو زوج المصابة من مواجهة الوضع. والعلاج النافع في هذا المجال هو ضرورة أن يمضي الشخص الذي يُعنى بالمريض، سواء كان زوجاً أو زوجة أو أي عضو آخر وقتاً معيناً في الاسترخاء ومراجعة الذات والترفيه والمتعة.

الإحساس (3) ـ الإنكار الذي يقود إلى الإفراط في التفاؤل: (أوه سيصبح على أفضل حال وكل ما يحتاج إليه هو العودة إلى المنزل)

لقد سبق وذكرنا ظاهرة إنكار السكتة الدماغية والتي تساعد المريض أو اقربائه على تجنب الحقيقة المرعبة. ولسوء الحظ يمكن أن يقود هذا الإنكار إلى شعور خاطىء بالتفاؤل والتوهم بأن كل شيء على ما يرام وأن الأمور ستعود إلى ما كانت عليه وينتهي الكابوس قريباً. ولكن عندما لا تعود الأمور إلى ما كانت عليه مع مرور الوقت يحصل الغضب والاكتئاب. وما يساعد في هذا المجال هو وضع أهداف قريبة وبعيدة تزيل الأوهام من الذهن وتساهم في الوقت ذاته في المحافظة على الدوافع الإيجابية وتزيدها وتعززها.

الإحساس (4) ـ التململ والغضب: (الذنب كله ذنب الأطباء!)

بعد سقوط الإنكار والتفاؤل المفرط يتحول الشعور إلى غضب شامل يشمل الوضع برمته بدءاً من المريض ووصولاً إلى الأطباء، حيث تلوم زوجة المصاب طاقم الأطباء على التقدم البطيء لزوجها المصاب، حتى أنها قد تغضب من زوجها المصاب نفسه على «تَرْكِهِ» إياها في هذه الظروف. وربما تغضب الزوجة من نتائج الإصابة والإعاقة مثل سلس البول أو الغائط لأن ذلك محرج لها.

وقد يكون الغضب من النوع «التآكلي» وليس الانفعالي والذي يبقى في داخلك مزعجاً وذلك يؤدي إلى عدم القدرة على الصبر والاحتمال والتذمر دون سبب ويترافق بمشاعر القهر والإحباط.

والعلاج في هذه الحالة هو إدراك أن الغضب أمر طبيعي في هذه الحالة، وسواء كان مبرراً أو غير مبرر فإنه شعور يصيب الجميع في مثل هذه الحالات. ومع إدراك الغضب يصبح من السهل السيطرة عليه خصوصاً عندما يكون موجهاً ضد الشخص غير المقصود. وقد يساعد الانهماك في النشاط والعمل أو أي شيء آخر يصرف الانتباه في الابتعاد عن الغضب وتخفيف التوتر. ويمكن طلب مساعدة الطبيب إذا كان الغضب قوي التأثير ويستنفد طاقة الشخص الذي يُعنى بالمريض، سواء زوجته أو أي شخص آخر.

الإحساس (5) ـ الإحباط:
(لا أطيق حصول خطأ آخر!)

يتشارك الغضب مع الإحباط في الأحوال التي يكون فيها الضغط النفسي متواصلاً ويسبب التغير نمطاً جديداً في الحياة والعيش. ولأن الشفاء من السكتة الدماغية يمكن أن يستغرق وقتاً طويلاً تنخفض القدرة على الصبر. ولأن استعادة المريض لقدراته الوظيفية غير كاملة وصعبة يمكن أن يحصل الإحباط والشعور بالقهر. ويمكن لسائر أمور الحياة الضاغطة مثل زيادة الأعباء المالية وعدم تلقي المساندة الكافية من المجتمع أن تزيد من ذلك الإحباط.

العلاج يكون بوضع أهداف ممكنة وقابلة للتحقيق وتحقيقها فعلياً بحيث لا يحصل الإحباط الذي يمكن أن ينتج من توقع نتائج غير ممكنة أو صعبة المنال.

وضع الأهداف المحددة

سواء كانت الأهداف قريبة أو بعيدة لا بد أن تكون واقعية. وهنا يمكن طلب مساعدة أشخاص آخرين في مجال المساعدة الاجتماعية للعمل على وضع الأهداف الملائمة للمريض وللشخص الذي يُعنى به. وتقع الأهداف ضمن 4 مجموعات:

1 ـ **أهداف مادية**: وتشمل الأمور الأساسية في الحياة مثل التجول والنشاطات البسيطة في الحياة اليومية.

2 ـ **أهداف ترفيهية**: هنا يتم التشديد على أهداف اجتماعية قد تشمل الالتحاق بجمعية أو نادٍ اجتماعي أو المشاركة في رحلات أو نزهات وربما الاستماع إلى الموسيقى والعناية بالأزهار أو الحديقة.

3 ـ **أهداف عائلية**: يجب أن يشارك المصاب بالسكتة الدماغية في نشاطات العائلة قدر الإمكان ويمكن أن يشمل أحد الأهداف المشاركة في تحضير الطعام أو غسل الصحون.

4 ـ **أهداف شخصية**: يجب أن يسعى كل شخص لما هو أفضل له شخصياً ولا يشكل المصاب بالسكتة الدماغية، أي استثناء لهذه الحالة، فقد يرغب المصاب في العودة إلى قيادة السيارة يوماً ما أو في كتابة الرسائل الشخصية. ويمكن تحقيق ذلك على مراحل قريبة وبعيدة وأن تحصل تسويات في مواجهة الأمر بدلاً من التركيز على القيود. وبالتالي لا بد من تشجيع الأهداف الشخصية الواقعية التي يمكن تحقيقها.

الإحساس (6) ـ الإرهاق:
(أنا مرهقة كلّياً بسبب ما حصل)

لا بد أن يشعر القريب من المريض بالإرهاق، ليس بسبب الضغط النفسي والعاطفي الذي أوجدته السكتة الدماغية فحسب، بل بسبب الضغط الجسدي الحقيقي والفعلي والذي يشمل الانتقال المتكرر من المنزل إلى المستشفى وتهيئة الجو المناسب في المنزل وتخطيط الروتين اليومي للمريض في المنزل

بعد عودته من المستشفى ومساعدته في تأدية نشاطاته اليومية التي تستغرق الآن وقتاً أطول بفعل السكتة. والحقيقة أنه توجد أمور كثيرة تفعلها زوجة المصاب وتقلقها إلى حد أنها تصاب بالإرهاق الزائد والذي يمكن أن يتحول إلى إنهاك يؤذي الصحة.

العلاج هو بالاسترخاء ووضع قائمة بالأولويات وتنفيذ الأشياء الضرورية فقط وليس في وقت واحد. ويمكن توزيع المسؤوليات ضمن المنزل وطلب مساعدة أعضاء آخرين في العائلة وقد يرغب الكثيرون بالمساعدة حقاً.

الإحساس (7) ـ الشعور باليأس والعجز: (ما الفائدة من المحاولة؟ فلن يتغير أي شيء)

قد يحصل هذا الإحساس بعد انتهاء الإنكار والتفاؤل المفرط عندما تدركين أن زوجك أو قريبك الحبيب قد تغير وأنه أكثر اعتماداً عليك وهذا يحصل في بعض الأحيان خلال مرحلة إعادة تأهيل المريض عندما يتباطأ تقدمه ولا يتحسن تماماً. ويمكن أن يترافق الاكتئاب في حال حصوله بالإحساس باليأس والعجز وهنا يؤدي إلى العجز الحقيقي عن ممارسة النشاط المطلوب.

قد يكون العلاج في بعض الأحيان في الانهماك في النشاط والانشغال عن التفكير ويكون أفضل دواء لهذه الحالة، ويشمل التسوق وشراء أغراض المنزل وتنظيف المنزل والغسيل والطبخ وذلك يصرف الانتباه عن أفكار اليأس والعجز.

واقترح من ناحية أخرى وضع أهداف واقعية للشخص الذي يُعنى بالمريض وليس فقط للمريض نفسه وتحديد عما إذا كانت الزوجة تتوقع الكثير وأكثر مما يجب من زوجها المصاب ومن الحياة ككل. وهنا لا بد من تعديل الأهداف والتوقعات وقبول الوقائع، وعلى الرغم من أن الأمور قد اختلفت عن قبل لكن يمكن ضمن الحالة الجديدة تحقيق انتصار وفرح واقعيين. وإذا استمر

الشعور باليأس والعجز لا بد من طلب المساعدة والتي قد تشمل الطبيب النفسي في بعض الأحيان. ويمكن للأطباء الذين عالجوا المريض أن يقدموا بعض النصائح في هذا المجال.

الإحساس (8) ـ الشعور بالذنب:
(كيف يمكنني أن أغضب منه فذلك ليس عادلاً بل رهيباً، ويجعلني أبدو كريهة)

يحصل الشعور بالذنب بسبب الضغط والأذى النفسيين والصدمة، وكل هذه الأمور ناتجة من الإصابة بالسكتة الدماغية وتصل إلى حد قول زوجة المصاب لنفسها: كل الذنب ذنبي، ولو لم أتشاجر معه في ذلك النهار لما حصلت له السكتة. ويتحول القول في وقت لاحق ليصبح: أنا لا أفعل ما فيه الكفاية ولو كنت شخصاً جيداً وذكياً لكانت حالة زوجي في تحسن الآن.

والشعور بالذنب سهل الحصول لأن أي فكرة غاضبة موجهة نحو الحبيب المصاب تتحول بسهولة إلى شعور بالذنب والقول: كيف يمكنني أن أغضب من زوجي المريض!؟ ويساعد الأشخاص الآخرون المتواجدون في تنمية الشعور بالذنب من خلال انتقاد كيفية مواجهة الزوجة لمرض زوجها. والعلاج هو بإدراك أن الشعور بالذنب هو رد فعل طبيعي على إصابة القريب بالسكتة الدماغية ولا بد من قبوله شرط عدم السماح له باستهلاك النفس والجسد، ويمكن طلب مساعدة الأصدقاء الذين يتفهّمون الوضع ولا يزيدوا من الشعور بالذنب.

الإحساس (9) ـ إزدواجية أو تناقض المشاعر:
(لم أعد أعرف ما هو شعوري ولا أستطيع اتخاذ أي قرار)

باختصار، يحصل هذا الإحساس عندما تشعرين بأن ما يجب أن تفعلينه يتناقض مع ما تريدين فعله، ويحصل كثيراً في حالة إصابة الزوج أو الحبيب

بالسكتة الدماغية. فأنت تشعرين مثلاً أنه يجب أن تكوني أكثر صبراً في مساعدة زوجك على ارتداء ملابسه لكن تشعرين في الوقت ذاته بعدم الرغبة في ذلك وأنت تعرفين أنه يجب عليك الاستمرار بالعناية بزوجك لكن في بعض الأحيان تجهلين ما إذا كان حبك لزوجك لا يزال موجوداً. وكل هذا التناقض والازدواجية يجعل الشخص عاجزاً عن اتخاذ القرار المناسب.

والعلاج هو أنه بدلاً من الإمعان في الشك في الذات يجب التركيز على العمل وفعل أي شيء يمكن أن يكون حلاً ويمكن طلب مساعدة المقربين لصنع أفضل الخيارات ويمكن لتخيل أسوأ الاحتمالات أن يساعد في حسم القرار.

والملاحظة الأخيرة في هذا الإطار هي أن تتذكري أنك لست وحيدة وأن المشاعر التي تختبرينها خلال عنايتك بزوجك المصاب قد تكون قوية لكنها ليست غير ملائمة بل هي طبيعية في ظل وضع كالوضع الذي تواجهينه. وأنت مجبرة على التكيف مع التغيير الأساسي الذي حصل في حياتك العائلية والذي قد يؤثر في نظراتك إلى الحياة. وذلك التكيُّف النفسي لن يأتي بسهولة ويجب ألا يأتي بسهولة.

ويتوافر اليوم العديد من الأطباء والاختصاصيين المدربين لفهم وتفهم ومساعدة كل فرد في العائلة المصابة لتجاوز المحنة، ولا بد من طلب مساعدة هؤلاء والتحدث إليهم حتى مشاركتهم بالمشاعر والأحاسيس.

العلاقة بين الأطباء وعائلة المصاب

لا يتوافر فريق أطباء إعادة التأهيل وسائر أعضائه لمساعدة المصاب بالسكتة الدماغية فقط، بل هم مصدر مساعدة ومورد قيم لعائلته أيضاً. والعلاقة متبادلة، فالعائلة تساعد الفريق في معرفة المريض وفي توفير المعلومات الضرورية، والفريق يساعد العائلة بتوافره عند الطلب وبتوفير المعلومات عما

يمكن توقعه من برنامج إعادة التأهيل.

ويوفر طاقم فريق إعادة التأهيل لعائلة المريض ما يلي:

1 ـ **التشجيع على توجيه الأسئلة دون حدود:** وبغض النظر عن سخافة الأسئلة أو التي تبدو سخيفة، من المهم ألا يشعر أفراد عائلة المصاب بالخوف من توجيه الأسئلة للأطباء والعاملين في إعادة التأهيل.

2 ـ **المعلومات:** وهنا يجب توفير كل المعلومات التي تحتاج إلى معرفتها عائلة المصاب، وكلما زادت معرفة العائلة كلما تعلمت أكثر كيفية مواجهة الوضع ومساعدة مريضها المصاب.

3 ـ **توفير النصائح الإضافية ومساعدة الشخص الذي يُعنى مباشرة بالمريض:** وقد يساعد فريق الأطباء في اختيار الفرد المناسب في العائلة للعناية بالمريض وبالتالي دعمه ومساندته وتوفير الخبرة له.

4 ـ **توفير مساعد اجتماعي للعائلة:** يعمل مع كل فرد من أفراد عائلة المصاب ويعمل على تحديد مصادر المساعدة والعلاج في المجتمع.

5 ـ **توفير معلومات عن مصادر المساندة الاجتماعية:** لأن فريق إعادة التأهيل يكون على معرفة واطّلاع بما هو متوافر في المجتمع من مساعدة للمرضى بالسكتة الدماغية من خدمات عناية وخدمات اجتماعية وخدمات نقل وطعام وجمعيات أهلية.

6 ـ **تحديد مراحل المرض وبالتالي المراحل النفسية للعائلة وتفهم مرحلة الحزن والعمل على عدم تفاقمها:** فقد يبقى بعض أعضاء عائلة المصاب في صدمة نفسية فترة طويلة، الأمر الذي يستوجب علاج الأمور ببطء.

هذه باختصار نظرة عامة إلى العائلة التي يجب أن تقبل الإصابة بالسكتة الدماغية وتواجهها. وقبل أن أختم الكتاب أرغب في إعطاء أمثلة تفصيلية من خلال بعض الحالات الحقيقية والفعلية التي يمكن أن تنشأ ضمن عائلة المصاب وكيفية التعامل معها وذلك في الفصل التالي.

الفصل السادس عشر

مشاكل وحلول عائلية

بدأت نهاية رحلتنا في هذا الكتاب، وقد حاولت التطرق لأهم المسائل المتعلقة بالسكتة الدماغية وحاولت أن أشرح عناصرها الجسدية وعملت على تشخيصها وإعطاء العلاج الدوائي. وشرحت عناصر المخاطرة بالإصابة بالسكتة الدماغية وعملت على تغطية شاملة لموضوع إعادة التأهيل بدءاً من العلاج الجسدي ونشاطات الحياة اليومية وصولاً إلى تأثير السكتة الدماغية في الحياة العائلية.

وقبل أن أنهي الكتاب، أود تفحص المزيد من المشاكل الشائعة التي برزت من خلال عملي في مراكز تأهيل المصابين بالسكتة الدماغية، وبالتالي الإجابة عن كل الأسئلة التي برزت بين العائلات التي أصابت حياتها السكتة الدماغية.

المشكلة (1):

عانى زوجي من سلس البول والغائط فترة طويلة حتى بعد عودته من المستشفى وخضوعه لإعادة التأهيل، وهذا يؤدي إلى بعض الحوادث من وقت إلى آخر، فكيف يمكنني مواجهة الوضع؟

كما شاهدنا في الفصل 13، يعد سلس البول والغائط مشكلة شائعة بين المصابين بالسكتة الدماغية ويستعيد معظم المرضى قدراتهم في هذا المجال ولكن تبقى قلة منهم تعاني سلس البول أو الغائط. والسبب هو أن الدماغ في

هذه الحالة لا يعالج المعلومات التي يحتاج إليها ليأمر بالذهاب إلى المرحاض أو الاحتفاظ بالبول والغائط فترة طويلة. ولا يوجد علاج بسيط لهذه الحالة ولكن توجد وسائل لجعله أقل صعوبة مثل استعمال السراويل الداخلية والتي يمكن الاستغناء عنها أو استعمال قساطر للقضيب، ويمكن تجهيز الفراش بعوازل خاصة، ويمكن تعليم المريض إشارات محددة ليظهر لزوجته متى يريد الذهاب إلى المرحاض، ويمكن لاتّباع روتين غذائي منظم أن يساعد في ضبط الأمعاء والمثانة. ويأتي في هذا الإطار الامتناع عن شرب السوائل بعد الساعة السادسة مساء أو تحديده على الأقل.

وأهم ما يجب تذكره هو أن سلس البول أو الغائط يشكل مشكلة للمريض وللذي يساعده على السواء، خصوصاً الزوجة أو الزوج. فمعظم إحساسنا بتقدير الذات يرتبط بقدرتنا على تأدية نشاطات الحياة اليومية. ولا يعد الأمر ذنباً إذا شعرت زوجة المريض بالإحباط والانزعاج بسبب ذلك.

المشكلة العائلية (2):

لقد أصيبت زوجتي بسكتة دماغية قبل سنتين ومنذ ذلك الوقت بدأت تعاني تقلّباً في المزاج بين المرح والدموع الهستيرية. كيف يمكنني مواجهة ذلك؟

يسبب تبدل المشاعر عدم الاستقرار النفسي، وأي تغير في شخصية المصاب يهدد التوازن السلمي في العائلة، وإذا استمر ذلك التغير دون توقف فإنه يمكن أن يفكك العائلة كلّياً.

ومن المهم إدراك أن هذه التبدلات المزاجية لا تعني أن الزوج أو المحبوب أكثر شعوراً من ذي قبل، بل تعني أن المصاب لم يعد قادراً على إدراك متى يجب إظهار مشاعره أو مشاعرها ومتى يجب إخفاء تلك المشاعر وكيف.

وربما ما يحصل هو أنه عندما ترى زوجتك فرداً آخر من العائلة أو صديقة

تتجاوب بالبكاء فوراً أو أنها تكثر من الضحك عند سماع أخبار سيئة. وبغض النظر عن طبيعة ما يحصل يمكن أن يكون ذلك سبباً لعدم استقرار حاد في عائلة تحاول ضبط مشاعرها وعواطفها. ولسوء الحظ لا تفيد المواجهة أو مخاطبة المريض في هذه الحالة لأنه يمكن ألا يفهم حتى أنه لا يمكنه مساعدة نفسه. وقد ترد زوجتك في هذه الحالة، أي عند مخاطبتها أو لومها بزيادة الضحك أو البكاء، الأمر الذي يزيد من الشعور بالإحباط. وبدلاً من توجيه اللوم والكلام إلى زوجتك حاول الإمساك بكتفيها بيديك في حركة عاطفية أو يمكنك تجاهل بكائها أو ضحكها كلّياً. ويمكن للأدوية في بعض الأحيان أن تخفض من حدة هذه المعاناة العاطفية والنفسية، وهنا لا بد من استشارة الطبيب.

المشكلة العائلية (3):

تحدث الطبيب عن تهيئة الجو «المناسب» في المنزل ولست متأكدة ما يعني هذا وكيف يمكنني توفير الراحة والاستقلالية لوالدي دون أعباء كبيرة».

الجو «المناسب» أو البيئة المناسبة للمريض يعني البيئة الآمنة والتي يمكن للمصاب الذي يستعمل الكرسي النقّال أن يعيش ضمنها ويتنقل فيها. وأقدم إليك بعض الاقتراحات المفيدة في هذا المجال:

* يجب أن تتسع أبواب المنزل الداخلية والخارجية لمرور الكرسي النقال ولا بد من إجراء تعديل أو تغيير لهذا الغرض.
* إبعاد الأسلاك الكهربائية وأسلاك الهاتف عن مسار المريض حتى لا يتعثر بها.
* إبعاد كل ما يمكن أن يسبب سقوط المريض على الأرض.
* إبقاء ضوء خافت في الليل حتى لا يضطر المريض للحركة في الظلام إذا استيقظ في الليل.
* مراجعة الطبيب المعالج قبل شراء أي أداة مساعدة للمريض والتأكد من أن الأدوات التي ترغبين في ابتياعها ضرورية وأن يكون الحصول عليها بأفضل الأسعار.

* الحاجة إلى مصعد كهربائي إذا كان المنزل يعتمد على السلالم.
* سهولة الوصول إلى الهاتف مع وضع أرقام هواتف الطوارىء قرب الهاتف.
* سهولة الوصول إلى أدوات المطبخ مع ضرورة توفير مكان واسع في المطبخ لتسهيل الحركة ووضع المأكولات في أماكن سهلة الوصول.
* تنظيف أرض المطبخ باستمرار لمنع الانزلاق.
* يجب أن يجهز الحمام بكل الأدوات التي تسهل للمريض استعماله.
* لا بد من الاحتفاظ بسرير مناسب للمريض من حيث العرض والارتفاع، بحيث يكون الانتقال من الكرسي النقال إلى السرير مريحاً وسهلاً.
* إعادة تنظيم أثاث المنزل لتسهيل مرور الكرسي النقّال بالعجلات.

المشكلة العائلية (4):

«زوجي قليل الصبر ويريد العودة إلى قيادة سيارته من جديد وكيف لي أن أعرف أن ذلك آمن له أم لا؟»

لا بد من الحصول على إذن الطبيب قبل السماح للمصاب بسكتة دماغية بقيادة السيارة، والإعاقة الجسدية ليست مشكلة في هذا المجال بقدر الإعاقة البصرية والإدراكية وضعف تقييم الأمور. ويستند ذلك الإذن إلى فحوص محددة في خطوتين:

الخطوة الأولى ـ اختبار ما قبل القيادة: حيث يتم فحص مهارات مثل القدرة على التنسيق والإحساس والقوة وتواقيت ردود الفعل العصبية. كذلك يتم تقييم القدرات الإدراكية والذهنية من خلال مقابلات وامتحانات.

الخطوة الثانية ـ اختبار المقود: وهو اختبار القدرة على قيادة السيارة، حيث يجلس المصاب خلف المقود ويجلس معلم قيادة السيارات إلى جانبه، وقد تكون السيارة من النوع الخاص بالمعاقين.

المشكلة العائلية (5):

«لقد عادت زوجتي من المستشفى قبل عدة أشهر لكنها لا تزال تعاني التعب (الدائم) ولا قوة عندها، فما يمكنني فعله؟»

التعب والإرهاق هما ميزتان شائعتان بعد الإصابة بالسكتة الدماغية خصوصاً إذا كان المصاب متقدماً في السن وأقل نشاطاً وهمة، وكان وزنه زائداً قبل الإصابة بالسكتة الدماغية. بالإضافة إلى ذلك، فإن مرحلة المكوث في المستشفى والخضوع للفحوص وتمارين إعادة التأهيل الجسدي والذهني والإدراكي كلها مرهقة للمريض ذهنياً وجسدياً وتؤدي إلى الإرهاق الغامر.

والشعور بالإرهاق حقيقي وليس لجذب الانتباه، ويمكن التغلب عليه بتقسيم النهار إلى مراحل مع فترات استراحة، فضلاً عن وضع أهداف واقعية لكل روتين يومي.

المشكلة العائلية (6):

«زوجي يقودني إلى الجنون فهو يرفض تناول طعامه ولا أريد إطعامه مثل الطفل. ماذا يجب أن أفعل؟»

من المحتمل ألا يكون زوجك مخادعاً فقد لا يكون جائعاً لأن الضرر الحاصل في الدماغ يمكن أن يسبب انخفاض الشهية خصوصاً إذا أصابت السكتة النصف الكروي الأيمن في الدماغ. وفي الحقيقة ينفق المعالجون وقتاً كبيراً في المراحل الأولى من إعادة التأهيل في تعليم المريض كيفية البلع وتناول الطعام ثانية وتلقي الغذاء الذي يحتاج إليه.

كذلك يمكن لفقدان الشهية أن يكون ناتجاً عن سبب نفسي فقد يعاني زوجك الخجل والحياء بسبب الصعوبة التي يواجهها في تناول طعامه وكيفية إمساكه بالشوكة والسكين وكيفية مضغه للطعام وبلعه.

وأفضل ما يمكنك فعله هو تشجيع زوجك واتباع نظام المكافأة وطبخ مأكولاته المفضّلة واستعمال المضافات والأدوية الغنية بالفيتامينات والمواد

المغذية في وجبته الغذائية. وهنا ينصح الطبيب بالأدوية الغذائية المناسبة التي تكون بديلاً مساعداً للطعام (supplement) وتوفر الوحدات الحرارية الملائمة.

المشكلة العائلية (7):

«لا تزال والدتي تعاني مشكلة في النطق والكلام وتبدو مشوشة ولا يمكنها إخراج الكلمات من فمها وأشعر بالعجز عند زيارتي لها وذلك محطم للقلب.»

على الرغم من أن عَمه الكلام شائع بعد الإصابة بالسكتة الدماغية فإن معرفة ذلك لا تجعله أقل صعوبة وفي بعض الأحيان يختفي عَمه الكلام ذاتياً وفي بعض الأحيان لا بد من التكيف معه. وأقدم إليك بعض المقترحات البسيطة في هذا المجال:

* يمكن لتوفير البيئة الهادئة والمسترخية أن يساعد، فالكثير من الإثارة والتنبيه يزيد من إرتباك المريض ولن يعود بإمكانه التركيز على الأساليب التي تعلمها خلال إعادة التأهيل لإعادة القدرة على النطق والكلام أو التعويض عنهما.
* توجيه الكلام بوضوح إلى المريض حتى يفهمه وبحيث يكون بطيئاً حتى يستوعبه المريض ويدرك معناه ويمكن تكرار الكلام إذا كان ذلك ضرورياً وبالوتيرة أو السرعة ذاتها.
* إذا كانت والدتك تعاني مشكلة في ذاكرتها يمكن وضع علامات معينة على أغراضها لتذكيرها باسم تلك الأغراض.
* وضوح التواريخ والأوقات والمناسبات المهمة في عقل المريض مع توافر روزنامة أو مفكرة كبيرة وساعة حائط ودفتر للذاكرة.
* إذا كانت والدتك تتفوة بكلام غير مفهوم أو غير منطقي يمكنك مقاطعتها وإعادتها إلى الكلام السليم وذلك بالنظر إليها مباشرة في أول الأمر ثم ملامستها بلطف.
* تجنب الإكثار من تصحيح أخطاء والدتك وبدلاً من ذلك اعتمد على توجيه الأسئلة التي يمكن الإجابة عنها ببساطة بنعم أم لا فذلك يعطيها شعوراً بالنجاح ويبقي اندفاعها.

* تذكر أن المريض هو والدتك وليست طفلتك وبالتالي يجب عدم التحدث إليها بكبرياء أو كأنها دون المستوى الذهني ولا تحاول أن تكون الطبيب المعالج لوالدتك الذي يوجه التعليمات إليها بصرامة.

المشكلة العائلية (8): «أريد أن يساعدني زوجي في أمور المنزل بعد عودته الآن لأنني أشعر أن ذلك مفيد له ولي لكنني لا أعرف كيفية ذلك؟»

إن الطلب من الشريك المشاركة في الهموم اليومية يساعد كثيراً في إعادة تأهيله ولا يعزز استقلاليته وقدرته على ضبط النفس وحسب بل يمنعه من الشعور بأنه عبء عليك. وأقدم إليك بعض الاقتراحات في هذا المجال:

* ترتيب المطبخ وأدواته بحيث يسهل استعماله على المريض.
* بالنسبة إلى الغسيل يجب اقتناء غسّالة يكون حجمها بمستوى الكرسي النقال للمريض حتى يسهل على المريض استعمالها وإبقاء أدوات الغسيل في متناول سهل، ويفضل استعمال الغسالة التي تفتح من الأمام.

المشكلة العائلية (9):

«زوجي يقودني إلى الجنون فهو غاضب كل الوقت ومتوتر عصبياً ومثل الطفل الصغير الذي تنتابه نوبات الغضب. أطلب المساعدة!»

كما رأينا من قبل من الصعب تحمل تبدلات المزاج خصوصاً عندما تتعلق بشخص نحبه وعلى الرغم من أنك تعرفين أن السكتة الدماغية هي السبب وأن الشخص الذي أمامك ليس ذاته الشخص الذي أحببته وتزوجته لأنه تغير لكن الأمر مؤذي. وربما يقوم زوجك المريض بالغضب منك لدى أول شعور بالإحباط وربما يصيح في وجهك بكلمات نابية وربما يصرخ عالياً حتى يحصل على ما يريد.

وأفضل وسيلة لمعالجة هذه الاندفاعات المزاجية هي بالسلوك الهادىء واستعمال الصوت الهادىء والفعل الهادىء بحيث تبعدين زوجك بنعومة ولطف عن مركز الاضطراب. ويكون ذلك بصرف انتباهه إلى أشياء أخرى كمشاهدة

التلفزيون أو قراءة مجلة وما شابه. وفي نهاية الأمر لا تعتبري الغضب موجهاً شخصياً ضدك لأن زوجك غير قادر على مساعدة نفسه وضبطها.

المشكلة العائلية (10):

«يعاني والدي من الاكتئاب وذلك مفهوم لكنني لا أعرف كيف أخرجه من ذلك الاكتئاب وكل ما يريده هو أن ينعزل بنفسه ولا يريد التحدث إلى أي كان والأسوأ من ذلك أنه لا يملك أي دافع لفعل أي شيء.»

الإنعزال وانعدام الدافع والاكتئاب كلها علامات على وجود مشكلة وكلها شائعة الحدوث عند المصابين بالسكتة الدماغية في مرحلة ما بعد الإصابة، وكما رأينا من قبل فإن الاكتئاب ليس شأناً يمكن لأي شخص معالجته من ذاته بل لا بد من مناقشة المشكلة مع الطبيب. وأقدم إليك هنا بعض الاقتراحات المساعدة:

* المشاركة مع والدك في نشاطات اجتماعية.
* معرفة النشاطات التي يحبها والدك والعمل على تنفيذها.
* الخروج في نزهات يومية حتى في حال عدم اكتراث والدك للأمر لأن النزهة تصرف تفكيره في مرضه واكتئابه وتكون مفيدة.
* لا تسألي والدك ماذا يريد حتى لا تتركي له مجالاً ليكون متردداً بل ضعي برنامج عمل واتبعيه.
* اطلبي من الطبيب أن يصف دواء مضاداً للاكتئاب لوالدك.

المشكلة العائلية (11):

«زوجي غير معقول على الاطلاق فكل ما يفكر فيه هو أنا ويتساءل كيف يمكن أن أتركه مثلاً في إحدى الليالي لأتسلى عند الجيران ويردد القول: أنا المريض واستحق العناية!»

هذه حقيقة واقعة فالكثير من الأشخاص يصبحون أنانيين بعد الإصابة بالسكتة الدماغية ويصبحون مثل الأطفال ويعودون إلى مرحلة طفولتهم أي إلى الوقت الذي كان الجميع يهتمّ بهم ويبدو لهم أن العالم يدور حولهم. وهم يؤمنون

في حالة المرض بأن الجميع يتحدث عنهم وأن كل ما يحصل يرتبط بهم. ولسوء الحظ فإن هذا السلوك عند الشخص البالغ ليس مستحباً أو محبباً بالآخرين خصوصاً عند العائلة المنهكة نفسياً وعاطفياً. وأفضل علاج هو أن يشترك المريض في مجموعات اجتماعية خاصة قد تضم مصابين آخرين بالمرض ذاته الأمر الذي يساعده في إدراك أبعاد حالته وأنه ليس المريض الوحيد في هذا المجال. ومن ناحية أخرى يمكن لإخراج المريض من المنزل في نزهة اجتماعية أو لتناول الطعام في المطعم أو أي نشاط مشابه أن يبعده عن الإمعان في التفكير بمرضه.

المشكلة العائلية (12):

«زوجتي مُرتعبة كل الوقت ولا أعرف في معظم الأحيان سبب أو مصدر خوفها وهي تلتصق بي باستمرار.»

كما سوف تعرف من خلال قراءة الكتاب تغير الإصابة بالسكتة الدماغية الكثير من العادات القديمة وتحصل بعض هذه التغيرات لأسباب جسدية وبسبب الضرر الحاصل في الدماغ. ولكن توجد أسباب نفسية لتغيرات أخرى فربما زوجتك غير مرتاحة لتجديد علاقاتها الاجتماعية القديمة وذلك يشمل أصدقاءها وقد لا تكون مستعدة لصنع علاقات جديدة ومعرفة أصدقاء جدد. وكل ما تعرفه زوجتك في هذه الحالة هو أنك الشخص الموثوق وهذا يفسر سبب التصاقها بك.

وهذا الاعتماد المفرط عليك متصل أيضاً بخوفها وأكثر ما تخافه هو أن تصاب بالسكتة الدماغية ثانية والمجهول مرعب حقاً. يضاف إلى كل ذلك عامل السن الذي يوجد مخاوف إضافية ويبدأ الإنسان بالتساؤل: هل سأحتفظ بطاقتي ونشاطي عما كنت من قبل؟ أو ماذا لو زاد اعتمادي على أولادي؟ وماذا لو ازداد مرضي ولم أتمكن من العمل والنشاط؟ وهذه المخاوف تتفاقم بعد الإصابة بالسكتة الدماغية وهي أسوأ كابوس يمكن أن يحصل.

وفي ظل هذه الأحوال يكون الخوف والاعتماد على الآخرين طبيعياً على

الرغم من صعوبة احتماله من قبل الشخص الذي يعنى بالمريض.

وأفضل نصيحة هي: تشجيع المريض والاستقامة في التعامل معه للاحتفاظ بثقته، وذلك يؤكد للمريض أنه لا يزال جيداً وأن مهاراته لا تزال كما هي. كذلك يجب التحلي بالصبر وضبط الانفعال قدر الإمكان واللجوء إلى مدح المريض كلما تطلب الوضع ذلك. ويمكنك تشجيع زوجتك على الاشتراك في نشاطات اجتماعية تشمل نساء أخريات مصابات بالسكتة الدماغية والالتقاء بأشخاص آخرين لهم المخاوف ذاتها والاعتماد ذاته على الآخرين. وذلك يساعدها ويساعدك على السواء في المرور بهذه الفترة العصيبة وحاول أن تبقى متفائلاً وركّز على قدراتها الإيجابية وليس على عجزها.

المشكلة العائلية (13):

«من الصعب أن أزور صديقي القديم هذه الأيام فهو يجلس في كرسيه ويفرك يديه مراراً ويكرر الكلام مثل الببغاء.»

الأشخاص هم أفراد لهم ميزات خاصة وعلى الرغم من معرفتنا بالعوارض العامة للسكتة الدماغية وكيفية علاجها لكن النتائج غالباً ما تكون مختلفة باختلاف الشخص المصاب. فنجد مثلاً أن السلوك الوسواسي (obsession) يعد عارضاً شائعاً بين المصابين بالسكتة الدماغية لكن كيفية التعبير عنه خاصة بكل شخص... وصديقك عنده عارض جسدي ناتج من السكتة الدماغية وهو ممتزج بالحاجة إلى تكرار نفسه مراراً وقد يرغب مريض آخر في مناقشته أمور مرضه مع صديقه مثلاً وكلما أتيحت له الفرصة لذلك وربما كل 5 دقائق. وقد يكتفي مريض آخر بتسريح شعره بتواصل وتكرار دون كلام.

هذا السلوك الوسواسي (obsessional behavior) يسبب راحة نفسية للمريض حيث يطلق العنان للتفكير السحري وقد تظن المصابة أنها إذا تابعت تسريح شعرها لن يصيب أطفالها أي مكروه وقد يظن مريض آخر مصاب بهوس مماثل أنه إذا كتب كل شيء في دفتر ذاكرته فأنه سيستعيد كل قدراته السابقة وهكذا.

ويساعد تضرر مسارات معينة في الدماغ في صنع أنماط من السلوك الهوسي والوساوس ويساعد الاضطراب العاطفي والنفسي لذلك المريض في الإبقاء على تلك الوساوس والسلوك الهوسي. وأفضل نصيحة هي محاولة صرف انتباه المريض عن موضوع الوسواس أو الهاجس دون تأنيبه لأن الذنب ليس ذنبه.

المشكلة العائلية (14):

«أشعر بكثير من الإرهاق إلى حد أنني لست قادرة على متابعة الطريق وأنني قد وصلت إلى نهاية الحبل فماذا يجب أن أفعل؟»

كما رأينا في الفصل 15 تؤثر السكتة الدماغية بعمق في الحياة العائلية وتتبدل الأدوار، فالأزواج الذين كانوا من قبل مصدر عيش العائلة يصبحون معاقين. وقد تضطر الزوجات للعمل لكسب المعاش أول المرة في حياتهن ويصبح الأولاد في موقع الأهل بحيث يتوجب عليهم العناية بوالديهم. كذلك يتغير الروتين المنزلي وقد يتغير البنيان المادي للمنزل للتكيف مع عاهات المريض وتتغير الظروف المالية للعائلة، فالمال الذي تم ادّخاره للمستقبل ينفق الآن على المرض والعلاج. وباختصار كل شيء يتغير ومع ذلك فالتكيف مع الوضع الجديد ممكن ويصبح تبدل الأدوار مع الوقت هو النمط السائد. لكن قد يستغرق ذلك وقتاً طويلاً ويتطلب معالجة على الصعيدين الفردي والعائلي. وأقدم بعض الاقتراحات في هذا المجال:

* يجب عدم مقارنة أداء الزوج المصاب قبل السكتة الدماغية بقدراته بعدها.
* الاتصال بالآخرين مهم جداً وحيوي لذلك لا بد من التحادث معهم إلى جانب التحادث مع المريض.
* توزيع مهام مختلفة على أشخاص مختلفين وهنا يمثل الأقرباء والجيران والأصدقاء عنصر مساعدة ويرغب كثير منهم في تقديم المساعدة سواء بسبب رغبتهم بالإفادة أو لإبعاد الشعور بالذنب.
* عناية المساعد بنفسه ضرورية أيضاً بقدر أهمية عنايته بالمريض ولا بد له أو لها من الخروج من المنزل ومشاهدة الأصدقاء وربما المشاركة في النشاطات

الاجتماعية. وفي النهاية تبقى حقيقة أن العناية بالزوج أو الحبيب المريض مماثلة للعناية بالنفس ولا يمكن أن تحصل تلك العناية المسؤولة إذا كان المخوَّل بها متداعياً.

* لا بد من مراجعة الأطباء الذين يكونون مدربين على مساعدتك في التكيف مع الأسلوب الجديد في الحياة والسكتات الدماغية تصيب عائلات كثيرة فلا خوف أو ضرر من مراجعة الطبيب في أمر كهذا.

المشكلة العائلية (15):

«أشعر بالارتباك عند طرح مصطلحات طبية مختلفة أو مصطلحات أخرى عن السكتة الدماغية ولا أعرف ما هو الفرق بين الإعاقة والعجز والعاهة وكيف يؤثر كل ذلك في الأمور الاقتصادية للعائلة!»

على المستوى الشخصي لا تعني هذه المصطلحات أو التصانيف شيئاً لكنها تنفع في إطار قياس مدى نجاح المريض في التغلب على مرضه. **فالإعاقة** تعني نقصاً في القدرة على تنفيذ مهام أو وظائف طبيعية أو بالشكل الطبيعي. أما **العجز** فهو ببساطة عدم قدرة المريض على تأدية نشاط محدد بما قد نعتبره شكلاً طبيعياً والعجز هو الأكثر تجاوباً مع العلاج في إطار إعادة التأهيل المرتبط على الأخص بالنطق والأمور التطبيقية والعلاج الجسدي. **والعاهة** كلمة وصفية تستعمل لكل حالات الإعاقة والعجز التي تملي إعاقة اجتماعية أو ضرراً اجتماعياً وبالتالي تخضع للتشريع الاجتماعي الذي يحمي ذوي العاهات ويعطيهم حقوقاً مميزة.

المشكلة العائلية (16):

«أنا أعرف أن السكتة الدماغية شائعة عند المتقدمين في السن لكن هل يمكن أن تحصل للشبان أو الشابات أو الأطفال؟»

تحصل سكتات دماغية لأشخاص عمرهم أقل من 45 سنة ولكن بنسبة ضئيلة وهنالك حالات تحصل فيها السكتة الدماغية لطفل في سن السنتين. وهذه السكتات الدماغية تكون من النوع الانسدادي حيث تتكون جلطات دموية

تتحول إلى سدة في صمامات القلب. وتشمل الأمراض المتصلة بالسكتة الدماغية عند الأشخاص غير المتقدمين في السن التالي:

* أمراض القلب الخَلْقية (بالولادة).
* هبوط أو تدلّي الصمام التاجي.
* التهاب بطانة القلب.
* حالات عدم انتظام القلب مثل الارتجاف الاذيني.
* فقر الدم المنجلي (تكون كريات الدم على شكل منجل).
* التهاب المفاصل والقلب الناتج من حمى روماتزمية تصيب الأطفال.
* سرطان الدم.

وهنالك بعض الحالات التي تحصل فيها السكتات الدماغية قضاءً وقدراً دون حدوث أو تواجد أي مرض أو حالة خَلْقية. وبالنسبة إلى الأشخاص غير المتقدمين في السن والذين يُصابون بسكتة دماغية يمكن التكهن بحياة مستقبلية صحية وممتازة بعد إكمال برنامج لإعادة التأهيل.

المشكلة العائلية (17):

«عندما يسألني الأصدقاء ماذا يمكن فعله أشعر بالضياع فأنا أريد كل المساعدة أو بعضها على الأقل لكنني لا أريد أن أكون عبئاً على الآخرين.»

على الرغم من حاجتنا لمساندة العائلة والأصدقاء عند حصول السكتة الدماغية لا تحصل هذه الحاجة في فترة بقاء المريض في المستشفى بل في وقت لاحق عندما يعود إلى المنزل أو يعود من مركز إعادة التأهيل. وعندها وبعد تجاوز الصدمة والألم وقبول الواقع تحتاج الزوجة أو الزوج إلى الدعم والمساندة من العائلة والأصدقاء. ويمكنك الاكتفاء بالطلب منهم أن يترددوا عليك في المنزل أو مرافقتك عند خروجك بزوجك المريض من المنزل أو حتى في بعض الأحوال يمكنك الطلب من بعضهم تولي مسؤولية المنزل في غيابك. وكلنا نحتاج للخروج من المنزل في بعض الأحيان لأن الأوقات

الممتعة والحرّة تقل بعد حصول الإصابة بالسكتة الدماغية في العائلة. وفي النهاية ما هو الهدف من الأصدقاء؟!

المشكلة العائلية (18):
«العناية بأسنان المصاب بالسكتة الدماغية؟»

هذه العناية مهمة لكل مريض بالسكتة الدماغية ففقدان الذاكرة وصعوبة البلع والمضغ وضعف الحواس والحركة الضعيفة للأطراف كلها توجد مشاكل قد تجعله من الصعب تأدية مهام من ضمنها العناية بالأسنان. والحل هو بزيارة طبيب الأسنان مرتين أو ثلاث مرات في السنة وهنالك اعتبارات خاصة في هذا المجال:

* التأكد من سهولة الوصول إلى طبيب الأسنان.
* الطلب من طبيب الأسنان كتابة تعليماته.
* إذا كان فقدان الذاكرة هو المشكلة يمكن الاحتفاظ بسجل أوقات تنظيف الأسنان.
* الاستعانة بأدوات خاصة لتنظيف الأسنان.

المشكلة العائلية (19):
«اللهو والتسلية الخاصة بمريض السكتة الدماغية.»

الشعور بالتسلية والمتعة شعور ذاتي ويمكن أن يحصل الضحك في أماكن غير متوقعة وإليك بعض الاقتراحات في هذا المجال:

* الاحتفاظ بجهاز راديو وجهاز توجيه التلفزيون والمجلات والكتب قرب المريض بحيث يكون من السهل عليه الوصول إليهم واستعمالهم.
* ربط جهاز الهاتف بأرقام هواتف الأصدقاء والمقربين واستعمال هواتف سهلة الاستعمال حتى يتمكن المريض من التحدث إلى أصدقائه دون طلب المساعدة من زوجته لهذا الغرض.
* تشجيع المريض على المشاركة اجتماعياً مع أشخاص عاديين أو مصابين

بمشاكل مماثلة.

* ممارسة الألعاب المنوعة خصوصاً تلك التي تساعد على تحسين الإدراك المكاني والذاكرة ومهارة حل المشاكل والقدرة على التنظيم.
* الابتعاد عن المنزل من وقت لآخر مع التأكد من سهولة الانتقال والوصول والتأكد من تناسب المكان مع قدرات المريض على الحركة.

ويوجد العديد من المشاكل العائلية الأخرى التي تبرز لدى حصول إصابة بالسكتة الدماغية ويمكن دائماً طلب مساعدة الطبيب أو الاختصاصي الاجتماعي وتوجيه كل أنواع الأسئلة فهم موجودن للمساعدة.

خاتمة: أبعد من السكتة الدماغية

الدرس الذي يجب استخراجه من هذا الكتاب والقول الذي يرافقك إلى المنزل بعد العودة من المستشفى هو أنه في اللحظة التي يحس بها المحبوب أو القريب بالسكتة الدماغية يحصل تغير عميق.

لكن هل يعد ذلك التغير من النوع الذي من المستحيل مواجهته؟

كلا.

هل يعد ذلك التغير نهائياً ومسبباً للوهن الدائم ومن النوع المميت؟ كلا.

فالحياة ليست عادلة على الدوام وأولئك الذين يستحقون ما هو أفضل لا يحصلون على المكافأة.

لكن طالما المريض قادر على التنفس وطالما تبقى ذاكرة بسيطة عن الشخص الذي تحبينه في وجه المريض الراقد في السرير وطالما تبقى الابتسامة من وقت إلى آخر وتبقى سائر الذكريات يوجد الأمل ويبقى وتوجد الحياة ولا يمكنك أنت وزوجك المصاب الاستسلام.

قد يبدو زوجك عاجزاً الآن وقد يحتاج إلى مساعدتك لكن الحياة لا تنتهي عند ذلك الحد ولم تصبح مستحيلة بل تغيرت فقط.

وهكذا يأتي الكتاب إلى نهايته ونأمل أن نكون قد أعطينا القارىء أساساً متيناً في قضايا السكتة الدماغية ونأمل أن يفهم بذلك كيف تبدأ السكتة ولماذا. ونأمل أن يفهم القارىء ضرورة الفحوص والاختبارات التشخيصية التي يمارسها الأطباء والاختصاصيون في المستشفى.

ونأمل أن يكون القارىء قد تعلم أيضاً توجيه الأسئلة الصحيحة فيما يخص إعادة التأهيل وأن فريق إعادة التأهيل متوافر لمساعدة عائلة المريض أيضاً ولا حاجة للخجل أو الخوف من توجيه الأسئلة إليهم.

وقبل الختام أضيف كلمة واحدة إلى مفردات السكتة الدماغية وهي: الكرامة قد يكون زوجك مختلفاً بعد السكتة الدماغية لكنه يبقى إنساناً بشرياً ولا يُعامل كطفل ووضعه لا يخولك أن تكوني بموقع مهيمن عليه. وعلى الرغم من أن الأمر قد يبدو كذلك في بعض الأحيان لكن زوجك يبقى الشخص الذي شاركك الحياة والفرح لذلك يستحق المعاملة بكرامة، بالكرامة نفسها التي ترغبين أنت أن تُعاملي بها. وذلك لا يساعد فقط في إعادة تأهيل المريض بل يضيف معنى إلى حياة الشخص الذي يعنى به.